

## MOC-Floyd Valley Community School

### Información Sobre la Seguridad de Estudiante/Forma de Consentimiento

Favor de leer la información abajo y colocar una marca de verificación en frente de la frase que se aplica a usted. Firme en la parte inferior cuando toda la información sea completa y precisa.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Grado: \_\_\_\_

#### **Permiso del Padre/Guardián:**

-Entiendo que el comité escolar ha desarrollado políticas pertinente al uso del alcohol, tabaco, y sustancias controladas tomadas por los estudiantes atletas. Además, entiendo que estas mismas políticas hablan también de la cuestión de la actividad delictiva de los estudiantes atletas.

-Entiendo que una copia de estas políticas está incluida en el manual, que mi hijo(a) recibió en registración.

-Entiendo que la competencia atlética incluye un riesgo de lesiones incluido el riesgo de lesiones catastróficas.

-Entiendo que se le pedirá a mi hijo(a) que pague el costo de los equipos escolares perdidos o robados mientras se encuentra bajo su cuidado.

#### **Cobertura del Seguro Médico:**

Todos los estudiantes participando en eventos atléticos deben de estar cubiertos por el seguro médico. La escuela debe tener el archivo el nombre de la compañía proporcionando cobertura para su hijo/hija antes de que se le permita a él/ella practicar o participar en cualquier actividad.

\_\_\_\_ Mi hijo/hija está cubierto bajo nuestra política familiar para lesiones deportivas.

\_\_\_\_ Mi hijo/hija no está cubierto por una política familiar para lesiones deportivas. He comprado un seguro escolar para mi hijo(a).

\*\*Entiendo que la escuela no tiene ningún otro seguro de salud o accidente para mi hijo(a).\*\*

#### **Consentimiento para Tratamiento Médico**

La ley de Iowa exige el consentimiento por escrito de los padres o los guardianes legales antes de que su hijo o hija pueda recibir tratamiento de emergencia, a menos que, en opinión del médico, el tratamiento sea necesariamente para prevenir la muerte o lesiones graves.

\_\_\_\_ Como el padre(s), o guardián(es) legal(es), del niño nombrado arriba, yo (nosotros) autorizo el tratamiento médico de emergencia u hospitalización que sea necesario en caso de un accidente o enfermedad de mi (nuestro) hijo(a). Yo (nosotros) entendemos que este consentimiento por escrito se otorga antes de cualquier diagnostico específico o atención hospitalaria.

Este consentimiento por escrito se otorga solo después de un esfuerzo de contactarme (nos). Doy (damos) permiso para que este formulario se duplique y se use para dar consentimiento en todas las actividades patrocinadas por la escuela en las que mi hijo(a) participa durante el año escolar actual.

#### **Heads Up: Conmoción Cerebral en los Deportes de la Secundaria**

\_\_\_\_ Hemos recibido la hoja de información de conmoción cerebral titulada "Heads Up: Conmoción Cerebral en los Deportes de la Secundaria."

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha