

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DESERT SANDS

47-950 Dune Palms Road

La Quinta, CA 92253

**AVISO DE SEGURO ATLÉTICO
AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Tengo seguro médico con los requisitos necesario bajo el Código de Educación de California-Sección 32221.

Equipo Atlético/Deporte: _____

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Asegurado: _____

Compañía de Seguros: _____

Poliza/Número de Identificación: _____

En el caso de una herida o enfermedad de _____ mientras participa en el equipo atlético, por la presente autorizo al distrito, como agente del que firma abajo, para dar consentimiento a cualquier radiografía, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado de hospital que sea recomendable por, y es provisto bajo, la supervisión general o especial de cualquier médico y/o cirujano, ya sea que el diagnóstico o tratamiento es provisto en la oficina de dicho módico o en cualquier instalación médica.

Comprendo que esta autorización es otorgada por adelantado a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital que sea requerido, pero es otorgado para proveer autoridad y poder en la parte de mencionado agente para dar consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital el sea recomendado por el mencionado médico en el ejercicio de su mejor juicio.

Esta autorización se mantendrá efectiva hasta que la temporada de deportes finalice incluyendo cualquier juego posterior o competencia por un campeonato, a menos que sea anulada por escrito y enviada a dicho agente.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DESERT SANDS

47-950 Dune Palms Road

La Quinta, CA 92253

ADMISIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO POTENCIAL POR LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN ACTIVIDADES

Autorizo a mi hijo/hija, _____ a participar en las actividades de _____ patrocinadas por el Distrito.

Comprendo y admito que estas actividades, por su naturaleza, presentan un riesgo potencial de heridas/enfermedades serias a los individuos que participen en tales actividades.

Comprendo y admito que algunas de las heridas/enfermedades que puedan resultar por participar en estas actividades incluyen, pero no están limitadas a las siguientes:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Torceduras/distensiones | 5. Parálisis |
| 2. Fractura de huesos | 6. Pérdida de la vista |
| 3. Inconsciencia/desmayo | 7. Enfermedades contagiosas |
| 4. Heridas en la cabeza/espalda | 8. Muerte |

Comprendo y admito que la participación en estas actividades es completamente voluntaria y como tal, el Distrito no las requiere para crédito de curso o para completar los requisitos de la graduación.

Comprendo y admito que para participar en estas actividades, yo y mi hijo/hija estamos de acuerdo en asumir toda responsabilidad por cualquiera y todos los riesgos potenciales que pueden estar asociados con la participación en tales actividades.

Comprendo, asumo y estoy de acuerdo en que el Distrito, sus empleados, oficiales, agentes o voluntarios no serán responsables por cualquier herida/enfermedad sufrida por mi hijo/hija, la cual es inherente a y/o asociada con prepararse para y/o participar en esta actividad.

Admito que he leído cuidadosamente este FORMULARIO PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN ACTIVIDADES, y que comprendo y estoy de acuerdo con estos términos.

Padre/tutor

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

Un FORMULARIO PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN ACTIVIDADES firmado deber estar archivado en la Oficina de la Escuela antes de que el estudiante tenga permiso para participar en las actividades extra curriculares que figuran arriba.