



ORANGE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Orlando, Florida

Emergency Treatment Authorization Card

(Tarjeta de Autorización Para Tratamiento de Emergencia)

School (Escuela) \_\_\_\_\_ Year (Año) \_\_\_\_\_ Grade (Grado) \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, hereby approve emergency treatment by the hospital and/or physician for my child,
(Yo) Parent/Guardian (Padre o Encargado) (Apruebo que se le de tratamiento de emergencia hospitalario y/o medico a mi hijo(a).)

Athlete's Name \_\_\_\_\_
(Nombre del Atleta)

I will assume financial responsibility for the bills incurred through my insurance company
(Yo asumiré reponsabilidad por los cargos incurridos atraves de mi seguro medico)

Primary Insurance Company (Seguro Médico) \_\_\_\_\_

Policy Number (Número de la Póliza) \_\_\_\_\_

Insurance Company Address (Dirección de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Florida Statues (92.525) Estatuto de la Florida (92.525)

"UNDER PENALTIES OF PERJURY, I DECLARE THAT I HAVE READ THE FOREGOING (DOCUMENT) AND THAT THE FACTS STATED IN IT ARE TRUE."
"Bajo las penalidades de perjurio, yo declaro que he leído el presente documento y que los hechos especificados en el mismo son verdaderos."

Signature Parent/Guardian (Firma del Padre o Encargado) \_\_\_\_\_

Telephone No. (H) (Teléfono Casa) \_\_\_\_\_

Telephone No. (W) (Teléfono Trabajo) \_\_\_\_\_

Give Full Home Address Below (Dirección Residencial)

Street Address (Dirección) \_\_\_\_\_

City (Ciudad)
70530

State (Estado)

Zip (Código Postal)

AB0912/122-7/OSA REV 12/2001

Optional (Opcional)

Athlete's Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
(Fecha de nacimiento del Atleta)

Date of Last Tetanus Shot \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Fecha de la última inyección de tetano

My child is allergic to the following medications or has the following allergies
(Mi hijo(a) es alérgico(a), a los siguientes medicamentos o tiene las siguientes alergias)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Please list below any serious injuries or illnesses your child has had
(Por favor escriba en el espacio, a continuación, toda las enfermedades que su hijo(a) ha padecido)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Alternate family member/friend to contact in case of emergency
(Persona que se pueda conseguir encaso de emergencia: Por favor, poner otra persona que no esté al reverso)

Telephone No. \_\_\_\_\_
(Teléfono)

Name \_\_\_\_\_
(Nombre)

Family physician telephone number (Médico de cabecera Nombre y teléfono) \_\_\_\_\_

State special instructions to follow in case of emergency (Por favor dé instrucciones especificas en caso de emergencia)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_