



# Información para Emergencia Atlética y Permiso para Tratar con Fotografía, Video y Comunicado de Prensa

## Información en Caso de Emergencia:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre(s)/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. del Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo del Padre: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, llamar a: \_\_\_\_\_

Seguro proporcionado por: \_\_\_\_\_  
Compañía \_\_\_\_\_ Contrato/Grupo # \_\_\_\_\_

Alergias (si alguna): \_\_\_\_\_

Médico de la Familia: \_\_\_\_\_  
Nombre / Oficina \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia médica durante mi ausencia, autorizo a la Escuela

Preparatoria \_\_\_\_\_ a que proceda con los servicios de emergencia que estime

necesarios para mi hijo/hija \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

**Autorización para Atención Médica:** \_\_\_\_\_ es un deportista escolar en las Escuelas Públicas del Condado Unión y pudiera, de vez en cuando, requerir de un tratamiento por enfermedad o herida. Con el interés de ofrecerle un cuidado médico de calidad de forma oportuna y eficiente para dicho estudiante deportista, el abajo firmante debidamente autoriza a los debidos agentes y empleados de las Escuelas Públicas del condado Unión para que obtenga los servicios médicos de emergencia o urgencia para el atleta antes mencionado, incluyendo cuidados brindados por el entrenador de atletismo certificado de la escuela. Queda entendido y convenido en que los agentes o empleados de las Escuelas Públicas del Condado de Unión están por este medio autorizados para obtener el cuidado y tratamiento médico del deportista escolar mencionado y en el caso de que requiera de una cirugía, intentará por medios de comunicación razonables ponerse en contacto con el familiar más cercano del mencionado deportista escolar antes de autorizar tal cirugía. Queda entendido y acordado, sin embargo, que en el evento de que el familiar más cercano del mencionado deportista escolar no esté disponible o no pueda estar presente para autorizar tal cirugía y tratamiento relacionado, por ejecución de este acuerdo, los familiares de dicho estudiante deportista autorizan a los debidos agentes y empleados de las Escuelas Públicas del Condado Unión a solicitar y autorizar la cirugía y tratamiento médico relacionado para dicho deportista escolar. Asimismo, queda claro y acordado que el abajo firmante le concede a los debidos agentes y empleados de las Escuelas Públicas del Condado Unión exclusiva discreción en la selección de los médicos, clínicas u hospitales para el tratamiento de dicho deportista escolar en el caso de una emergencia.

**Forma de Permiso de UCPS para Fotografía, Video y Entrevista Noticiosa:** Yo concedo el permiso a las Escuelas Públicas del Condado Unión el derecho ilimitado para usar y/o reproducir fotografías, semejanza a o la voz de mi hijo/hija de cualquier forma legal y para actividades de promoción e información interna y externa de las Escuelas Públicas del Condado Unión. También acuerdo en permitir que mi hijo/hija sea entrevistado y/o fotografiado por representantes de medios de comunicación externos en relación a cualquier cobertura de las Escuelas Públicas del Condado Unión en la cual ellos estén involucrados. También estoy de acuerdo en permitir que el trabajo y/o fotografía de mi hijo/hija sea publicado en las Paginas Web del Internet/Intranet y/o en publicaciones de UCPS. Asimismo entiendo que al firmar este permiso, rechazo a cualquier derecho a compensación presente o futura por el uso del(los) material(es) arriba mencionado(s).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Parent/Custodian Name Printed                      Date                      Parent/Custodian Signature