

**TARJETA DE EMERGENCIA**  
*Debe completarse para que la solicitud sea aceptada.*

Nombre del participante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Número celular \_\_\_\_\_ Número celular \_\_\_\_\_

Persona que no sea la madre o el padre a quien se le notificaría en una situación de emergencia cuando los padres no estén disponibles.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número celular \_\_\_\_\_

Persona(s) que no sean los padres a quienes se les puede entregar el niño.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Información médica específica del participante

Alergias \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Compañía de seguro de salud \_\_\_\_\_

(Envíe una copia de la tarjeta del seguro junto con este formulario.)

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Mediante la presente doy permiso a Colorado State University para asegurar tratamiento médico y/o quirúrgico de emergencia para el menor mencionado anteriormente mientras esté bajo el cuidado de la entidad mencionada anteriormente. Todos los gastos de dicho cuidado serán aceptados por los padres o tutores legales del menor mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha