

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 distinta a los padres que debe ser notificada en una emergencia cuando los padres no estén disponibles.

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