



Distrito Escolar Poudre
2407 LaPorte Ave
Fort Collins, CO 80521
970-482-7420

Información médica del estudiante atleta 2019-2020

Información del estudiante

Nombre del estudiante (Apellido, 1.er nombre, iniciales del 2.º nombre) _____ # de identificación del PSD del estudiante
(Dejar en blanco, si no es un estudiante actual del PSD.)

Fecha de nacimiento del estudiante _____ Edad _____

Masculino Femenino

Nombre de el/los padre(s) de familia o tutor(es) legal(es): _____

Número(s) de teléfono: _____

Otro(s) contacto(s) de emergencia: _____

Número(s) de teléfono: _____

Deporte(s):

Por favor enumere algún problema de salud y/o médico; incluya cualquier alergia:

Por favor enumere alguna discapacidad, así como las modificaciones y/o restricciones que se requieran:

Por favor enumere todas las medicaciones que el estudiante atleta toma:

Fecha del último refuerzo de la vacuna del contra el tétano (*tetanus booster*) (mes/año): _____

Se le recuerda específicamente a los padres de familia, que todas las medicaciones requieren un formulario de autorización del PSD (*PSD authorization form*), debidamente firmado, el cual se debe tener en los archivos de la oficina de la escuela.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha