

INFORMACION Y EXONERACION SOBRE SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

MEDICO FAMILIAR _____ TEL. CONSULTORIO _____

NOMBRE PADRE/GUARDIAN _____

COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO _____

MEMBRESIA O NUMERO DE PÓLIZA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (ADEMAS DE LOS PADRES) _____

PARENTESCO _____ TEL _____

PADRES: FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE: El Distrito Escolar de Kansas City, Kansas no compra seguro de accidentes para cubrir lesiones que le puedan ocurrir a un estudiante mientras que participa en deportes escolares. Todos los estudiantes que participen en deportes escolares en el Distrito Escolar de Kansas City, Kansas. **Deben tener cobertura médica antes de participar en deportes entre las escuelas, incluyendo entrenamientos.** La información de seguro médico, un examen físico actual y otros formularios deportivos que requiera cada escuela deben estar archivados en el departamento del director deportivo antes de poder participar en deportes escolares.

Si su hijo **no cuenta con** seguro médico, tenga presente que Student Assurance Services, Inc., una compañía privada, provee cobertura de seguro médico a un costo. La información sobre el plan de cobertura médica mediante Student Assurance Services, Inc. está disponible en la escuela a la asiste su hijo. La cobertura sería para el **año escolar 2018-2019** y entra en vigencia hasta que el formulario de inscripción, junto con el pago, lo reciba el director atlético de la escuela.

EXONERACION DE SEGURO

EL PADRE O GUARDIAN DEBE MARCAR NUMERO 1 ó 2

- ___ 1. Estoy proporcionando seguro médico para mi hijo bajo el programa Student Assurance Services, Inc. que es un programa de seguro médico que se ofrece mediante el distrito. Anexo el formulario completo de inscripción junto el pago correspondiente.
- ___ 2. Mi hijo cuenta con seguro médico bajo la compañía que indico y la membresía o número de póliza se lista arriba.
- ___ 3. Rechazo el seguro médico y asumo todos los riesgos.

Yo el signatario, soy el padre o guardián legan del estudiante identificado arriba. Confirmando que he leído cuidadosamente este documento y entiendo que pueden ocurrir accidentes en los deportes, incluso cuando se hayan tomado medidas de precaución normales y aceptables. Mediante la presente les proporciono a las autoridades escolares la información del seguro médico de mi hijo, junto con un examen físico actualizado. Mi hijo es físicamente capaz de participar en deportes en la escuela y tiene mi autorización para entrenar y competir en el programa deportivo de las escuelas.

Firma del padre/guardian

Fecha

Nota. Este document, junto con el examen fisico actualizado y otros documentos deportivos que proporciona cada escuela, deben estar archivados en el departamento del Director Atletico antes que se permita la participaci3n del estudiante en las actividades deportivas.