

PARENT/GUARDIAN CONSENT

The undersigned hereby consents to the rendering of emergency medical attention to _____ if the parent or legal guardian cannot be contacted for whatever reason. This consent extends to and is given to team physicians, team trainers, hospital or emergency personnel, or other attending health care providers. I/We understand that I/we are responsible for payment of any and all medical expenses incurred and the school representatives are not responsible for payment of medical services.

SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

DATE

Home phone of parent/guardian _____

Work phone of parent/guardian _____

Name of family physician _____

Other persons to contact in case of emergency:

1. _____
Name Relationship Phone

2. _____
Name Relationship Phone

NAME: _____

INSURANCE INFORMATION

Medical insurance secured through the Kansas State High School Activities Association and the USD 259 BOE provides benefits beginning at \$3,500 of accrued medical care expenses per accident/injury that are not covered by other personal insurance policies.

The undersigned hereby acknowledges that insurance is not provided by the KSHSAA nor USD 259 for the first \$3,500 of medical care expenses for any one accident/injury.

_____ I/We have additional family medical insurance to help cover the first \$3,500 of medical care expenses.

Name of family medical insurance company _____

_____ I/We do not have family medical insurance and we are purchasing the sports plan made available by the school. I/We have read the brochure carefully and understand that this plan has limits that will prevent it from paying the entire \$3,500.

_____ I/We do not have family medical insurance and we do not wish to purchase any additional insurance. I/We understand that we are responsible for the first \$3,500 of medical care expenses.

SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

DATE

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

Las personas abajo firmantes consienten en que se preste atención médica a _____ si el padre o tutor legal no puede ser contactado por alguna razón. Este consentimiento se extiende a los médicos, entrenadores de equipo, personal del hospital o de emergencias o cualquier otro proveedor de salud. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que soy/somos responsables del pago de cualquier gasto médico incurrido y que los representantes de la escuela no son responsables del pago de servicios médicos.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

Teléfono de la Casa del Padre/Tutor _____
Teléfono del Trabajo del Padre/Tutor _____
Nombre del médico de la familia _____

Otras personas que se pueden contactar en caso de emergencia:

1. _____
Nombre Relación Teléfono

2. _____
Nombre Relación Teléfono

NAME: _____
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

El seguro médico asegurado a través de la Asociación de Actividades de Preparatorias del Estado de Kansas y la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificados 259 provee beneficios empezando sobre el nivel de \$ 3,500 de gastos médicos acumulados por accidente/daño que no sean cubiertos por otras pólizas de seguros personales.

Los aquí firmante reconocen que el seguro no es provisto por la Asociación de Actividades de Preparatorias del Estado de Kansas ni la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificados 259 por los primeros \$3,500 de gastos médicos por cualquier accidente/daño.

Yo/Nosotros tengo/tenemos seguro médico familiar adicional para ayudar a cubrir los primeros \$3,500 de gastos médicos.
Nombre de la Compañía del Seguro Médico Familiar _____

Yo/Nosotros no tengo/tenemos seguro médico familiar y estamos comprando el plan de deportes disponible en la escuela. Yo/Nosotros he/hemos leído el folleto cuidadosamente y entendemos que este plan tiene limitaciones que lo previenen de pagar los \$3,500 por completo.

Yo/Nosotros no tengo/tenemos seguro médico familiar y no deseamos comprar ningún seguro adicional. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que somos responsables por los primeros \$ 3,500 de gastos médicos.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA