

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE NIÑOS  
¡TIENE QUE SER COMPLETADO!**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o del apoderado: \_\_\_\_\_

Email del padre o del apoderado: \_\_\_\_\_

Reconocemos que nuestro/a niño/a puede ser lisiado/a o enfermarse durante el Soccer Camp (campamento de fútbol) o Kids Adventure Camp, aunque él/ella esté en buena condición física. Autorizamos a los representantes y entrenadores de North Seattle Soccer Camp o Kids Adventure Camp a tomar medidas de emergencia para nuestro/a hijo/a, y a obtener transporte a centros de emergencia si no pueden ponerse en contacto con nosotros. También autorizamos a un médico, dentista, enfermera, hospital, o clínica a proveer atención médica y/o tratamiento. Todos los gastos relacionados con este tratamiento serán cubiertos por nuestro seguro médico o por nosotros.

Médico del niño/la niña: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Alergias o condiciones médicas del niño/la niña: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma en forma regular: \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Segundo contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

También se entiende que se puede sacar fotos o videos de mi niño/a para fines de entrenamiento, promoción (impresa o por Internet), y para informar de las actividades del campamento. Autorizamos a los representantes o entrenadores de North Seattle Soccer Camp o Kids Adventure Camp a usar dichas imágenes para los fines declarados.

Firma del padre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección del padre/apoderado (si es diferente de la que aparece en la hoja de matrícula): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¡ESTE FORMULARIO TIENE QUE SER ENVIADO POR CORREO JUNTO CON LA MATRICULA, O ENTREGADO EL PRIMER DIA DEL CAMPAMENTO PARA QUE SU NIÑO/A PUEDA PARTICIPAR!**