

HEALTH AND INJURY INFORMATION CARD and CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT FORM

(This form is to be completed and kept available for reference wherever competition takes place. Update medical information as necessary.)

Student's Name (Last, First, MI) _____

Age _____ Grade _____ Date of Birth _____ Today's Date _____

Parent's/Guardian's Name _____

Student's Address _____

Parent's/Guardian's Home Phone Number _____

Father's/Guardian's Place of Work _____

Father's/Guardian's Work Phone Number _____

Mother's/Guardian's Place of Work _____

Mother's/Guardian's Work Phone Number _____

In an emergency, when parent's/guardian's cannot be notified, please contact:

_____ Relationship _____ Phone _____

_____ Relationship _____ Phone _____

Family Physician _____ Phone _____

Preferred Hospital _____ Phone _____

Family Dentist _____ Phone _____

Date of last tetanus booster: _____ (month/year)

Do you wear: Glasses _____ yes _____ no / Contacts _____ yes _____ no / Dentures _____ yes _____ no

List any known allergies, drug reactions, or other pertinent medical information. (Diabetes, seizures, history of head injury with unconsciousness or confusion, medications, etc.)

Please note and date any new injury information here: _____

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

Iowa law requires a parent's, or legal guardian's, written consent before their son or daughter can receive emergency treatment, unless, in the opinion of a physician, the treatment is necessary to prevent death or serious injury.

As the parent(s), or legal guardian(s), of the child named on the front of this card, I (we) authorize emergency medical treatment or hospitalization that is necessary in the event of an accident or illness of my (our) child. I (we) understand that this written consent is given in advance of any specific diagnosis or hospital care. This written authorization is granted only after a reasonable effort has been made to contact me (us).

Date

Parent's/Guardian's signature

Consent for Treatment endorsed by the Iowa Chapter of the American Academy of Emergency Physicians

Cards provided THE IOWA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION, BOONE, IA

FICHA DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y LESIONES y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

(Este formulario debe rellenarse y conservarse como referencia en cualquier lugar donde se celebre la competición.
Actualice la información médica según sea necesario.)

Nombre del alumno (apellidos, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Edad _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Nombre de los padres/tutores _____

Dirección del estudiante _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor _____

Lugar de trabajo del padre/tutor _____

Número de teléfono de trabajo del padre/tutor _____

Lugar de trabajo de la madre/tutor _____

Número de teléfono del trabajo de la madre/tutor _____

En caso de emergencia, cuando no se pueda avisar a los padres/tutores, póngase en contacto con:

_____ Relación _____ Teléfono _____

_____ Relación _____ Teléfono _____

Médico de familia _____ Teléfono _____

Hospital preferente _____ Teléfono _____

Dentista de familia _____ Teléfono _____

Fecha de la última vacuna antitetánica: _____ (mes/año)

Lleva: Gafas _____ sí _____ no / Lentillas _____ sí _____ no / Dentadura postiza _____ sí _____ no

Indique cualquier alergia conocida, reacciones a medicamentos u otra información médica pertinente. (Diabetes, convulsiones, antecedentes de traumatismo craneal con pérdida de conocimiento o confusión, medicamentos, etc.)

Por favor, anote y feche aquí cualquier nueva información sobre lesiones: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

La ley de Iowa exige el consentimiento por escrito de los padres, o del tutor legal, antes de que su hijo o hija pueda recibir tratamiento de emergencia, a menos que, en opinión de un médico, el tratamiento sea necesario para evitar la muerte o lesiones graves.

Como padre(s), o tutor(es) legal(es), del niño cuyo nombre figura en el anverso de esta tarjeta, autorizo (autorizamos) el tratamiento médico de urgencia o la hospitalización que sean necesarios en caso de accidente o enfermedad de mi (nuestro) hijo. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que este consentimiento por escrito se otorga antes de cualquier diagnóstico específico o atención hospitalaria. Esta autorización por escrito se otorga sólo después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para ponerse en contacto conmigo (con nosotros).

Fecha

Firma del padre/tutor

Consentimiento para Tratamiento avalado por el Capítulo de Iowa de la Academia Americana de Médicos de Emergencia

Tarjetas proporcionadas THE IOWA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION, BOONE, IA