

Athlete Data and Emergency Treatment Information

Name (Last, First, MI) _____ DCPS Student ID# _____

Street _____ City _____ State _____ Zip _____

Gender Male Female Date of Birth _____

School _____ Grade _____ School Year _____

Sports

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baseball - JV OS | <input type="checkbox"/> Crew | <input type="checkbox"/> Lacrosse | <input type="checkbox"/> Soccer - Varsity |
| <input type="checkbox"/> Baseball - Varsity | <input type="checkbox"/> Cross Country | <input type="checkbox"/> Indoor Track | <input type="checkbox"/> Swimming |
| <input type="checkbox"/> Basketball - JV | <input type="checkbox"/> Football - JV | <input type="checkbox"/> Outdoor Track | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Basketball - Varsity | <input type="checkbox"/> Football - Varsity | <input type="checkbox"/> Softball | <input type="checkbox"/> Volleyball |
| <input type="checkbox"/> Cheerleading | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Soccer - JV | <input type="checkbox"/> Wrestling |

Emergency Contacts

Name	Relationship	Home	Work	Mobile

Insurance & Billing

Insurance Co. _____ Policy # _____ Insurance Co. Phone _____
 Policy Holder's Name _____ Effective Date _____

Do you have any of the following conditions (check all that apply)?

- Anemia Asthma _____ (Inhaler Type) Sickle Cell / Sickle Cell Trait
 Epilepsy High Blood Pressure Previous Concussion / Head Injury; if yes, date? _____
 Other _____

Do you wear contacts or glasses? Contacts Glasses

When was your last tetanus booster? Month/Year _____

List all medications currently used including prescribed, over the counter, and rescue inhalers _____

Should it become necessary for this student to require medical treatment while participating in an interscholastic athletic event, trip, or practice session, I hereby authorize the District of Columbia Public School's health care providers (athletic trainers, team/game physicians and emergency medical technicians (EMT's)) to provide athletic medical care to my child and/or obtain appropriate medical services. Furthermore, if DCPS personnel are unable to reach those designated above, I give my consent to the DCPS athletic health care providers to take my child to a hospital, emergency care center or available physician.

Signature _____
 (Parent, guardian or student 18 yrs+)

Date _____

Datos del Atleta e Información de Tratamiento en caso de Emergencia

Nombre: _____ Número atlético _____ (número de ID de DCPS o 4 últimos números de seguro social)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

Deporte/s

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baseball – JV | <input type="checkbox"/> Crew | <input type="checkbox"/> Lacrosse | <input type="checkbox"/> Soccer – Varsity |
| <input type="checkbox"/> Baseball – Varsity | <input type="checkbox"/> Cross Country | <input type="checkbox"/> Indoor Track | <input type="checkbox"/> Swimming |
| <input type="checkbox"/> Basketball – JV | <input type="checkbox"/> Football – JV | <input type="checkbox"/> Outdoor Track | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Basketball – Varsity | <input type="checkbox"/> Football – Varsity | <input type="checkbox"/> Softball | <input type="checkbox"/> Volleyball |
| <input type="checkbox"/> Cheerleading | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Soccer – JV | <input type="checkbox"/> Wrestling |

Contactos en caso de emergencia

Nombre	Relación	Numero de teléfono de casa	Numero de teléfono del trabajo o celular

Seguro y cobros

Nombre de seguro	Número de póliza	Número de teléfono	Nombre encargado de póliza	Fecha de efectividad

Tiene alguna de las siguientes condiciones (marcar todo al que aplique)

- Anemia
 Asma _____ (tipo de Inhalador)
 Alergia
 Diabetes
 Epilepsia
 Presión Alta
 Convulsiones previos o golpes en la cabeza (si es SI, indique la fecha) _____
 Otro

¿Usa lentes o lentes de contactos? Lentes Contactos

¿Cuándo tuvo la última vacuna del tétano?

Mes y año _____

Díganos si tiene alguna otra condición médica y haga una lista de medicamentos que esté tomando:

Si fuera necesario que este estudiante reciba tratamiento médico durante su participación en un evento atlético Inter escolar/viaje o sesión de práctica, por la presente autorizo a los proveedores (entrenadores atléticos, médicos de equipo/partido y técnicos de emergencia médica EMT's) de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia a que proporcionen atención médica a mi hijo(a) y obtengan servicios médico apropiados. De igual forma, si el personal de DCPS no puede contactar a quienes he designado más arriba, otorgo mi consentimiento para que los proveedores de salud atlética de DCPS lleven a mi hijo(a) al hospital, centro de emergencia que este disponible.

Firma: _____

Fecha: _____