

## Autorización Médica

Yo concedo el permiso y autorización para que se le dé cualquier tipo de tratamiento medico necesario a

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

Mientras que el/ella sea estudiante en Mid-South Christian College y me haré económicamente responsable de tal tratamiento.

Estoy de acuerdo también en que un representante del colegio sea potenciado para actuar como un agente del estudiante en el evento que el o ella sea incapacitado de tomar decisiones por sí mismo.

En el caso de una lesión o enfermedad seria, los padres o tutores legales serán notificados por teléfono si es posible.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

(Si el estudiante es menor de edad)

Nombre del Medico de la Familia, Dirección, y Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Números de Teléfono donde podemos comunicarnos con los padres o tutores legales:

Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

\_\_\_\_\_ está asegurado por  
(Nombre del Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Compañía de Seguro) (Numero de Grupo o Póliza)

## Mid-South Christian College

3097 Knight Road  
PO Box 18181-1056  
Memphis, TN 38118-3151



Tel. 901.375.4400  
Fax 901.375.4085

E-mail: [info@midsouthcc.org](mailto:info@midsouthcc.org)