

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