

CONSIENTA TRATAR & PARTICIPACIÓN ATLÉTICA / FORMA DEL PERMISO

ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR: _____ GRADO _____

(Este formulario es para ser relleno por completo antes de que un estudiante puede participar en cualquier escuela programas atléticos.)

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: _____

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE: _____, CdN

NOMBRE(S) DEL PADRE/GUARDIÁN:

Nombre(s) del padre/guardián teléfono primario del padre/guardián: (#1) _____ H/W/C Relación _____

Nombre(s) del padre/guardián teléfono secundario del padre/guardián: (#1) _____ H/W/C Relación: _____

Nombre(s) del padre/guardián teléfono primario del padre/guardián: (#2) _____ H/W/C Relación: _____

Nombre(s) del padre/guardián teléfono secundario del padre/guardián: (#2) _____ H/W/C Relación: _____

Otros contactos en caso de emergencia _____ H/W/C Relación: _____

Por la presente solicito permiso para participar en los siguientes deportes interescolares: (ej: béisbol, tenis, XC,

etc...) _____

HISTORIAL MÉDICO - (para ser completado por el padre/guardián legal)

* ¿Hay alguna historia conocida de:

si "Sí"-explique:

A. Deformaciones de nacimiento (un ojo, un riñón, etc.). Sí _____ No _____ _____

B. ¿enfermedad pasada de más de una semana de duración? Sí _____ No _____ _____

C. ¿Condiciones médicas actualmente en tratamiento? Sí _____ No _____ _____

D. ¿fracturas u otras lesiones invalidantes? Sí _____ No _____ _____

E. ¿alguna deformidad o incapacidad permanente? Sí _____ No _____ _____

F. Alergia (medicamentos, alimentos, ropa, etc.)? Sí _____ No _____ _____

G. ¿Trastorno mental o convulsiones? Sí _____ No _____ _____

H. ¿Medicamentos actuales? Sí _____ No _____ _____

Si necesita más espacio para explicar cualquier pregunta anterior contestada "Sí": _____

En caso de que su hijo necesite atención de emergencia, por favor proporcione la siguiente información:

Si usted no tiene seguro, su hijo estará cubierto por la Junta de póliza de educación del Condado de Harnett y actuará como seguro primario. Sin embargo, esta póliza es limitada y no puede cubrir todos los gastos o pagar por cada accidente. Si tiene cobertura de seguro para su hijo, la póliza de la escuela actuará como seguro secundario.

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

La póliza de seguros: _____

Nombre del médico y teléfono de la oficina: _____

¿Su compañía de seguros requiere una remisión de su médico de atención primaria? _____ Sí _____ No

Permiso De Los Padres :

Como padre/guardián legal, doy el consentimiento para que el estudiante-atleta arriba nombrado reciba una investigación médica antes de la participación en atletismo. Si el estudiante-atleta es lesionado mientras participa en el atletismo y la escuela no puede comunicarse con el padre/tutor legal, autorizo el tratamiento que se considere necesario para una condición que surja durante la participación en estas actividades. El tratamiento puede incluir, pero no se limita a, primeros auxilios, reanimación cardiopulmonary (RCP), uso de DEA, o intervención médica/quirúrgica según lo recomendado por un médico. Como padre/guardián, acepto la responsabilidad financiera de cualquier atención médica y tratamiento.

Un entrenador de atletismo con licencia o un socorrista entrenado está disponible para los atletas estudiantes de secundaria. Entrenadores atléticos con licencia dentro de su alcance de la práctica y el protocolo, proporcionar tratamiento, cuidado, prevención y rehabilitación de las lesiones incurridas por los atletas estudiantes durante las actividades deportivas patrocinadas por la escuela. El tratamiento de lesiones puede incluir la aplicación de modalidades incluyendo pero no limitadas a calor, frío, sonido, luz, electricidad y dispositivos mecánicos relacionados con la rehabilitación y ejercicios terapéuticos para mejorar con seguridad el tiempo de recuperación y volver a la actividad.

Los primeros en responder pueden utilizar la aplicación de calor y hielo y prestar primeros auxilios dentro de su ámbito de práctica. Doy mi permiso para la liberación y el intercambio de información relacionada con la salud con el médico de mi hijo y los miembros del equipo atlético necesarios para cuidar apropiadamente a mi hijo, por la presente, declaro que la información anterior es correcta y que por la presente notificaré a la escuela si ocurre alguna posibilidad.

Firma del padre o guardián legal: _____ Fecha: _____