

RE-VERIFICACION DEPORTIVO / PERMISO DE PADRES

Aprobación de la Oficina de Salud / Enfermera: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

HISTORIAL MÉDICO

SI NO

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. ¿Alguna lesión que requiera atención médica, desde su último examen físico deportivo? | _____ | _____ |
| 2. ¿Una lesión en la cabeza, incluyendo CONMOCIÓN (si es así, cuándo)? Fecha: _____ | _____ | _____ |
| 3. ¿Cirugías, fracturas, dislocaciones (si es así, cuándo)? Fecha: _____ | _____ | _____ |
| 4. ¿Actualmente se encuentra en educación física adaptativa o está exento de la clase de educación física? | _____ | _____ |
| 5. ¿Tienes ASMA? | _____ | _____ |
| 6. ¿Llevas un inhalador? | _____ | _____ |
| 7. ¿Tiene alergias (a comida, abejas, etc.)? | _____ | _____ |
| 8. ¿Llevas un EpiPen? | _____ | _____ |
| 9. ¿Tiene diabetes, convulsiones, trastornos hemorrágicos o problemas cardíacos, incluida la presión arterial alta? | _____ | _____ |
| 10. ¿Está tomando algún medicamento o está descuidando la atención de un médico en este momento? | _____ | _____ |

Si es SÍ a cualquiera de los "anteriores, por favor describa (adjunte notas adicionales si es necesario):

En caso de lesión, hospital preferido: _____

- SE REQUIERE PRESCRIPCIONES QUE ESTEN AL DÍA PARA ESTUDIANTES POSEER Y TRAER MEDICAMENTOS (INHALADORES, EPIPENS) CADA AÑO ESCOLAR **

NOTA: * SÍ * PARA CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS PODEMOS EXIGIR UNA LIBERACION ESCRITA DE SU MÉDICO

RE-VERIFICACION DEPORTIVO / PERMISO DE PADRES Grado: _____ Salón: _____ Sexo: _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Deporte: _____ **Nivel:** _____

Teléfono (Hogar): _____ **Trabajo:** _____ **Celular:** _____

Plan de gestión de la conmoción cerebral

El plan de manejo de conmociones cerebrales de North Colonie se puede encontrar en el sitio web del distrito en www.northcolonie.org y explica todos los aspectos del plan, incluidos los protocolos de retorno al juego.

Que yo sepa, no existe una razón médica por la que mi hijo / a no pueda participar en deportes interescolares. Hemos leído y comprendido todas las reglas y regulaciones de entrenamiento atlético.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha

Firma del estudiante

Fecha