



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 1)

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

4

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Revisado 4/24

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) impresa de manera legible

Nombre completo del estudiante: _____ Género : _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: () _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: () _____ Teléfono del trabajo: () _____ Otro teléfono: () _____
 Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: () _____

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(use una hoja adicional, si es necesario)*
- Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: / / _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

Marque esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir relacionado con participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor *(si la escuela lo requiere)*

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Lista: _____

Historial médico relevante que debe ser revisado por el entrenador atlético / médico del equipo: *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

- Alergias Asma Conmoción cerebral cardíaca/cardíaca Diabetes Enfermedad por calor Antecedentes quirúrgicos ortopédicos
- Rasgo de células falciformes Salud mental

Explicar: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: ___/___/___ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.