



# Gestión Concusión Protocolo volver a jugar Formulario

Este formulario debe ser completado y enviado al entrenador de atletismo u otra persona (que no es un entrenador) responsable de cumplir con el volver a jugar protocolo establecido por la conmoción cerebral Equipo de Supervisión del distrito escolar, según lo determinado por el superintendente o su designado (mira la Sección 38.157 (c) del Código de Educación de Texas).

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (Letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela (En letra de imprenta)

## Del distrito escolar designado verifica oficiales:

Por Favor, Compruebe

- El estudiante ha sido evaluado por un médico tratante seleccionado por el estudiante, su padre o otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante.
- El estudiante ha completado el volver a jugar protocolo establecido por la conmoción cerebral distrito escolar Equipo de Supervisión.
- La escuela ha recibido una declaración escrita del médico tratante que indica, que en el juicio profesional del médico, es seguro para el estudiante para volver a jugar.

\_\_\_\_\_  
Firma Escolar Individual

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela individual (En letra de imprenta)

## Padres, o otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por los signos de los estudiantes y certifica que él / ella:

Por Favor, Compruebe

- Se ha informado en relación y presta su consentimiento para el estudiante que participa en volver a jugar en de acuerdo con el regreso a jugar protocolo establecido por el Equipo de Supervisión conmoción cerebral.
- Entiende los riesgos asociados con el estudiante de regresar a jugar y cumplirá con cualquier curso requisitos en el regreso a jugar protocolo.
- Concede su aprobación a la divulgación a las personas, en consonancia con la portabilidad de seguro de salud apropiado Ley de Responsabilidad de 1996 (Pub. L. N° 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo Barrio (3) y, en su caso, el regreso a jugar recomendaciones del médico tratante.
- Entiende las disposiciones de inmunidad bajo la Sección 38.159 del Código de Educación de Texas.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre / Responsable de Decisión de creador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre / Responsable de Decisión de creador (En letra de imprenta)

