



**CONSENT FOR COGNITIVE TESTING and RELEASE OF INFORMATION  
(ImPACT® Test Form)**

ImPACT™ baseline testing is required prior to the participation of any student in any GUSD athletic activity. Parents must sign and submit this form prior to testing being administered to any student by GUSD staff.

**SCHOOL NAME: Gilroy High School**

**Name of Student:** \_\_\_\_\_

**Student Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Student ID Number:** \_\_\_\_\_

I give my permission for my child listed above to have a baseline ImPACT® test and if necessary post-concussion ImPACT® (Immediate Post-concussion Assessment and Cognitive Testing) administered at **Gilroy High School**. I understand that my child may need to be tested more than once, depending upon the results of the test, as compared to my child's baseline test, which is on file at **Gilroy High School**. I understand there is no charge for the testing.

**Gilroy High School** may release the ImPACT® (Immediate Post-concussion Assessment and Cognitive Testing) results to Gilroy High Athletic Trainer, school nurses, athletic department personnel, Physician Assistants, my child's primary care physician, neurologist, or other treating physician, as necessary.

I understand that general information about the test data may be provided to my child's guidance counselor and teachers, for the purposes of providing temporary academic modifications, if necessary.

Print Name of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

-----  
- Administration Use Only:

Date of Baseline: \_\_\_\_\_ Class of: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA COGNITIVO y ENTREGA  
DE INFORMACIÓN**

**Escuela Secundaria Gilroy**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_

**Del Niño Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación del estudiante:** \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que mi hijo enumerados anteriormente para tener una prueba de referencia Impact® y si es necesario después de la concusión cerebral (evaluación inmediata post-concusión cerebral y la prueba cognitiva) Impact® administrada a **Escuela Secundaria Gilroy**. Entiendo que puede necesitar ser probado más de una vez, dependiendo de los resultados de la prueba, en comparación con la prueba de referencia de mi hijo, que se encuentra archivada en la **Escuela Secundaria Gilroy** mi hijo. Entiendo que no hay carga para la prueba.

**Escuela Secundaria Gilroy** pueden liberar el impacto (evaluación inmediata post-concusión cerebral y la prueba cognitiva) los resultados de la Escuela Secundaria Gilroy entrenador de atletismo, enfermeras, personal de los departamentos atléticos, médico de atención primaria de mi hijo, neurólogo u otro médico que lo trata, según sea necesario.

Entiendo que la información general acerca de los datos de prueba puede ser proporcionada a consejero y maestros orientación de mi hijo, a los efectos de proporcionar modificaciones académicas temporales, si es necesario.

Imprimir Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Administración de uso exclusive:

Date of Baseline: \_\_\_\_\_ Class of: \_\_\_\_\_