



**SERVICIOS DE SALUD**  
**Autorización médica y recomendaciones para la participación escolar después de una enfermedad o lesión**

**Médico por favor evalúe y recomiende**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Pruebas de apoyo del diagnóstico (historial médico, radiografías, laboratorio, etc.) \_\_\_\_\_

El alumno volverá a la escuela con:  Sin ningún dispositivo de ayuda  Silla de ruedas  Yeso  Muletas  Bota para caminar

Órtesis  Suturas  Andador  Cabestrillo  Elástico  Vendaje  Férula

Otro Dispositivo: \_\_\_\_\_

**Restricciones, si las hubiera. Marque la(s) opción(es) apropiada(s):**

- El estudiante está libre de enfermedades contagiosas y puede regresar a la escuela.
- Sin restricciones- El estudiante puede participar plenamente en todas las actividades, incluyendo deportes competitivos.
- Estudiante puede participar en todas las actividades, con excepción de los deportes competitivos.
- El estudiante puede participar en actividades que incluyan deportes competitivos menos extenuantes (béisbol, softbol, golf).

- Restricciones de Educación Física:
- Ninguna actividad durante el recreo
  - No realizar pruebas de aptitud física de California
  - No correr ni saltar
  - No realizar actividades que impliquen contacto físico
  - No realizar actividades de equilibrio/agilidad
  - Restricciones para levantar peso:
    - No levantar peso  No más de \_\_\_\_\_ libras

- Las siguientes actividades están permitidas:
- Actividad de acuerdo con la tolerancia
  - Trotar
  - Caminar
  - Ejercicios para la parte superior del cuerpo
  - Ejercicios para la parte inferior del cuerpo
  - Abdominal/ejercicios básicos
  - Habilidades deportivas ( patear, lanzar, etc.)

Otras restricciones/recomendaciones específicas: \_\_\_\_\_

Duración de la restricción: \_\_\_\_\_  Los padres deberán proporcionar a la escuela recomendaciones actualizadas después de esta fecha

Fecha en que el estudiante puede regresar a la escuela: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

El sello de la oficina debe estar presente

Doy permiso para que la Enfermera Escolar intercambie información sobre el diagnóstico anterior referente a me hijo/a con el proveedor de salud autorizado.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva este formulario a la escuela después de la evaluación médica**