

Health Policy

READMISSION AFTER ACCIDENT/INJURY

REQUIRING CAST, CRUTCHES, WHEELCHAIR, STITCHES, ELASTIC BANDAGES, OR SLINGS

Students returning to school with casts, crutches, wheelchair, stitches, elastic bandages, or slings as a result of an accident or injury **must** provide a physician's verification of permission to return to school and may not participate in P.E., noontime activities, recess, or be on the playground before or after school until written release by a physician is received.

Part 1: To be completed by the parent of guardian

Student Name _____ Sex _____ Birth date _____

School _____ Grade _____ Teacher _____

DATE OF INJURY: _____ TYPE OF INJURY _____

Knowing that the school will assume the usual precautions for the welfare and safety of my child, but realizing that there is always a danger involved with any of the appliances described above when in crowds, I hereby release the school and its personnel from responsibility for any accident which may occur as a result of this temporary disability.

PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____

Part 2: To be completed by attending physician

Student's Diagnosis: _____

I have examined (student's name) _____ and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations:

Permission to be in school with: (Please indicate)

☐ casts ☐ crutches ☐ wheelchair ☐ stitches ☐ elastic bandages ☐ slings

Recommendations for recess: (Please indicate)

☐ may not participate ☐ may not participate, but may circulate with peers
☐ Other: (Please describe) _____

Physical Education: (Please indicate)

☐ may not participate
☐ may participate with limitations, describe _____

Recommendations in effect until: _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ DATE: _____

Normas Sobre la Salud

READMISION A CLASES DESPUES DE ACCIDENTE O LESION QUE REQUIERAN YESOS, MULETAS, SILLA DE RUEDAS, SUTURAS, BENDAJES ELASTICOS

Los alumnos que regresan a sus clases con yesos, muletas, silla de ruedas, suturas, bendajes elásticos o cabestrillos como resultado de accidente o lesión deben traer un permiso del médico tratante autorizando su regreso a clases y no podrán participar en actividades de Educación Física, de medio día, de recreos o permanecer en el área de juegos antes o después de las clases, hasta que se reciba el alta del médico tratante.

Primera Parte: A ser llenada por padres o apoderados:

Nombre de alumno/a _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado ____ Maestra/o _____

FECHA DE LA LESION: _____ TIPO DE LESION: _____

A sabiendas de que la escuela tomará las precauciones del caso para el bienestar y seguridad de mi hija/o, pero conciente de que siempre hay peligro con cualquiera de los aparatos descritos arriba cuando hay aglomeración de gente, por la presente relevo a la escuela y su personal de toda responsabilidad por accidente que podría ocurrir como resultado de este impedimento temporal.

PADRES/APODERADOS _____ FECHA _____

Segunda Parte: A ser llenada por el médico tratante:

Diagnóstico de alumno/a: _____

He examinado a (nombre de alumna/o) _____ y considero que puede participar en actividades escolares con las siguientes recomendaciones:

Permiso para asistir a la escuela con: (favor indicar)

☐ yesos ☐ muletas ☐ silla de ruedas ☐ suturas ☐ bendajes elásticos ☐ cabestrillo

Recomendaciones para los recreos: (favor indicar)

☐ no puede participar ☐ no puede participar pero puede circular con sus compañeros
☐ otro (favor describir) _____

Educación Física: (favor indicar)

☐ no puede participar
☐ puede participar, con limitaciones (describir) _____

Recomendaciones en efecto hasta: _____

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE _____ FECHA _____