



# Formulario de Elegibilidad para Actividades para Escuelas Primarias 2024-2025



Este formulario debe completarse y devolverse a la oficina principal de la escuela antes de participar en cualquier actividad cocurricular. Los formularios deben ser firmados por el Director escolar o su designado.

Nombre de la(s) actividad(es): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. de casa/celular: \_\_\_\_\_

Padre(s) de familia o apoderado(s) legal(es) con quienes se puede contactar durante el día escolar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. de casa/celular: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. de casa/celular: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Nombre de un familiar/vecino a quien se puede contactar en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Observaciones especiales (cualquier información relacionada con la salud de su hijo/a que debemos saber: alergias, asma, etc.) En caso de accidente o enfermedad grave, yo solicito a la escuela que se comunique conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a llamar al médico, al centro de emergencia del hospital que figura en esta tarjeta o al equipo de rescate y seguir sus instrucciones. Además, entiendo que en ciertas situaciones de emergencia, la escuela puede determinar buscar tratamiento médico de emergencia relacionado con una lesión sufrida por mi hijo/a, independientemente de mi solicitud o instrucción.

## RECONOCIMIENTO Y ACUERDO PARA LAS CONMOCIONES CEREBRALES

Como padre de familia y atleta, es importante reconocer las señales, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales. Al firmar este formulario, usted declara que comprende la importancia de reconocer y responder a las señales, síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza.

Reconocimiento y acuerdo de padre de familia/apoderado legal:

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la información sobre conmociones cerebrales de las Escuelas Públicas del Área de Green Bay y entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo se puede causar. También entiendo las señales, síntomas y comportamientos comunes de una conmoción cerebral. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a debe ser retirado de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral.

- Entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral.
- Entiendo que mi hijo/a no podrá regresar a practicar/jugar hasta que proporcione una autorización por escrito de un proveedor de atención médica adecuado al Director de actividades.
- Entiendo las posibles consecuencias de que mi hijo/a regrese a practicar/jugar demasiado pronto.

Firma de padre de familia/apoderado legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acuerdo del participante:

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la Información sobre conmociones cerebrales de las Escuelas Públicas del Área de Green Bay y entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo se puede causar.

- Entiendo la importancia de reportar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y a mis padres/apoderado legal.
- Entiendo que se me debe retirar de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo que debo proporcionar una autorización por escrito de un proveedor de atención médica adecuada a mi Director de actividades antes de regresar a practicar/jugar.
- Entiendo las posibles consecuencias de volver a practicar/jugar demasiado pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_