

## Manual para estudiantes atletas - Formulario de acuse de recibo de los padres

He leído y comprendo el Manual para estudiantes atletas de las Escuelas Públicas del Condado de Frederick y he revisado la información sobre conmociones cerebrales, paro cardíaco repentino y enfermedades relacionadas con el calor. Además, me comprometo a cumplir con estas reglas.

Nombre del estudiante atleta (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del estudiante atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He leído, comprendo y acepto apoyar el compromiso anterior firmado por mi hijo/a y he recibido información sobre conmociones cerebrales.

Nombre del padre o madre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Doy mi consentimiento y autorizo que mi hijo/a reciba primeros auxilios, atención médica de emergencia y todos los demás tratamientos médicos que se consideren razonablemente necesarios para su salud y bienestar en caso de una lesión o enfermedad mientras participa en las actividades del Programa Atlético de FCPS, y comprendo que seré responsable de los gastos incurridos. En caso de una emergencia que requiera atención médica, por la presente otorgo permiso a los médicos u otro proveedor del hospital designado por el personal de entrenamiento atlético o entrenador de la escuela para atender a mi hijo/a. Espero que se haga todo lo posible para ponerse en contacto conmigo en caso de una emergencia.

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Una vez que el atleta haya sido visto por un médico, los padres deben obtener más información por escrito del médico para brindar al entrenador de la escuela.

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Tel. del consultorio: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD

Lesiones renales	Sí	No	Mientras compites, usas:		
Condición cardíaca	Sí	No	Anteojos	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Lentes de contacto	Sí	No
Asma	Sí	No	Fecha de la última vacuna contra el tétanos:	_____	

Indique:

Alergia a algún medicamento: \_\_\_\_\_

Otras condiciones: \_\_\_\_\_

Pedido especial del padre o de la madre: \_\_\_\_\_

Seguro (requerido): Compañía \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_