



**ORANGE-ULSTER BOCES SERVICIOS DE SALUD FORMULARIO DE RESTRICCIÓN MÉDICA
2026-2027**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

A: PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA - Indique cuál de las siguientes opciones se aplica a este estudiante y la razón médica de cualquier restricción. Gracias.

A) **SIN RESTRICCIONES - Restricciones necesarias para las actividades de la escuela o la educación física.**

O BIEN-

B) **EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTATIVA : El estudiante puede participar en todas las actividades escolares que se hayan adaptado para satisfacer las necesidades especiales de cada estudiante.**

Los estudiantes que tienen limitaciones y / o que tienen dificultades físicas de forma rutinaria tienen adaptaciones a sus programas escolares. No es necesario restringir más a los estudiantes a menos que haya problemas médicos adicionales.

O BIEN-

C) **NIVEL DE ACTIVIDAD DEL PROTOCOLO DE CONVULSIONES**

* (Solo para estudiantes diagnosticados con convulsiones, marque la casilla)

☐ CATEGORÍA 1 **El estudiante tiene un historial de convulsiones. El estudiante puede participar en todas las actividades escolares.**

Última actividad convulsiva _____ años.

☐ CATEGORÍA 2 **El estudiante tiene un historial de convulsiones que requiere supervisión directa por parte del personal cuando está usando equipo elevado y giratorio o participa en actividades que involucran alturas o escaladas.**

☐ OTROS **Describa las limitaciones que requiere el estudiante para mantener su seguridad.**

O BIEN-

D) **RESTRICCIÓN DE EDUCACIÓN FÍSICA (excepto para las convulsiones)**

* **Por favor** marque **las actividades que el estudiante no puede participar en:**

Contacto / Colisión	Contacto limitado / Impacto	Extenuante Sin contacto	No extenuante Sin contacto	No extenuante (individual)
Hockey de piso ☐	Baloncesto ☐	Bádminton ☐	Tiro con arco ☐	Bateo ☐
Fútbol ☐	Softbol ☐	Caballo ☐	Bolos ☐	Gatear ☐
Toque Fútbol ☐	Voleibol ☐	Tienda ☐	Golf ☐	Salto ☐
		Natación ☐	Ping Pong ☐	Patadas ☐
		Pista ☐	Shuffle Board ☐	Brincar ☐
			Caminata ☐	Lanzamiento ☐

ABLE es una experiencia de aprendizaje con bases de aventura que involucra un curso clásico de escalada con cuerdas. Los estudiantes usan un arnés completo, casco y tienen adultos que los supervisan.

Restringido hasta: _____ Diagnóstico: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

El formulario debe ser completado y firmado por un médico, un enfermero practicante o un asistente médico con licencia para practicar en NYS