

Distrito Escolar Lake Washington



Autorización para Exámenes Físicos para los Deportes de la Escuela Secundaria

Nombre del Estudiante: _____ Tarifa pagada ASB: _____
 Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Tarifa de deportes pagada: S1 S2 S3 S4
 Familia pagada: _____
 Padre/Tutor principal: _____ email: _____
 Teléfono principal #: _____ Teléfono secundario #: _____
 Padre/Tutor secundario: _____ email: _____
 Teléfono principal #: _____ Teléfono secundario #: _____
 Médico: _____ Teléfono: _____

Examen físico/Certificación Médica (a ser diligenciada únicamente por un médico)

Medicamentos: _____
 Visión: _____ Estatura: _____ Peso: _____
 Ojos: _____ PA: _____ FC: _____ UA: _____
 Oídos: _____ GI/GU: _____
 Nariz: _____ Alergias (alimentos/medicamentos): _____
 Dientes: _____ Piel: _____
 Corazón: _____ Musculo esquelético: _____
 Pulmones: _____ Neurológico: _____
 ¿Conoce usted alguna razón por la cual este estudiante no debería participar en programas deportivos del Distrito Escolar Lake Washington?
 ___ No ___ Sí En caso afirmativo, explique su respuesta: _____
 Evaluación: ___ Participación completa ___ Participación limitada (describa las limitaciones) _____
 Firma del Médico: _____ Fecha del examen: _____

Historia Médica - señale todas las opciones que apliquen (a ser diligenciado por el padre/tutor)

Asma: _____	Convulsiones: _____	Cirugía del cuello/espalda: _____	Lentes de contacto: _____
Conmoción: _____	Problemas cardiacos: _____	Dientes postizos o puentes: _____	
Epilepsia: _____	Problemas de deshidratación: _____	Sangrado anormal: _____	

Esguinces/Torceduras/Fracturas: _____
 Otras: _____
 Medicamentos actuales: _____
 Hospital de preferencia: _____

Contacto de emergencia (familiar o vecino): _____ teléfono: _____

Otro # de teléfono donde podamos contactarlo a usted en caso de emergencia: _____

Información de Seguro: Tengo cobertura médica para los servicios médicos y hospitalización y continuaré manteniéndolo en vigencia durante todos los deportes de temporada. Acepto toda la responsabilidad por el costo del tratamiento por cualquier lesión que mi hijo (a) pueda sufrir al participar en el programa de deporte.

Nombre de la compañía de seguro: _____ **Póliza:** _____

Autorización médica: como padre o tutor legal, autorizo a un médico calificado para que examine al estudiante mencionado anteriormente en caso de lesión para administrar la atención de emergencia y hacer los arreglos necesarios para que un especialista, incluido un cirujano, realice las consultas que considere necesarias para garantizar la atención adecuada de cualquier lesión. Se hará todo lo posible para contactar al padre o tutor para explicar la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento involucrado.

Certificamos que hemos leído/entendido/estamos de acuerdo con lo siguiente:

Política de reembolso:
 Drogas, alcohol y tabaco en los deportes, Códigos de novatadas y comportamiento
 Hoja de conmisión-Ley Lysted

(Iniciales del estudiante)	(Iniciales del padre)
(Iniciales del estudiante)	(Iniciales del padre)
(Iniciales del estudiante)	(Iniciales del padre)

Al firmar a continuación estoy de acuerdo en que toda la información brindada es verdadera y correcta

 Firma del estudiante

 Firma del padre

 Fecha

Distrito Escolar Lake Washington Nro. 414

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEPORTIVA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del padre o tutor: _____ Dirección: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del padre: _____ Teléfono de la madre: _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Dos personas que usted recomienda como contactos en el evento de que no lo podamos contactar a usted:

Nombre & Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre & Relación: _____ Teléfono: _____
Hospital preferido: _____
Nombre del médico preferido: _____ Teléfono: _____
Fecha del último refuerzo contra el tétano: _____ Alergias: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Como padre o tutor legal, autorizo a un médico calificado a examinar al estudiante nombrado anteriormente en caso de una lesión para administrar la atención de emergencia y organizar cualquier consulta por un especialista, incluyendo un cirujano, en la medida de la necesidad para garantizar el cuidado adecuado de cualquier lesión. Se hará todo lo posible para contactar a los padres o al tutor para explicar la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento involucrado.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN / FOTOS CON LOS MEDIOS (señale) _____Solo LWSD _____ Noticias locales _____ Ninguno

Distrito Escolar Lake Washington Nro. 414

Formulario de Conocimiento del Estudiante/Padre sobre Conmoción Cerebral y Paro Cardíaco Repentino

El Distrito Escolar Lake Washington cree que la participación en los programas deportivos mejoran el rendimiento físico, la aptitud, la coordinación, la autodisciplina y brinda a los estudiantes valiosas oportunidades para aprender habilidades sociales y de vida importantes.

Con esto en mente, es importante que hagamos todo lo posible para crear y mantener un ambiente agradable y seguro. Como padre / tutor o estudiante, usted juega un papel vital en proteger a los participantes y ayudarlos a obtener lo mejor del deporte.

La educación de los deportistas y los padres en esta área es crucial, y esta es la razón por la cual usted acaba de recibir la información de conocimiento sobre el manejo de la Conmoción Cerebral y el Paro Cardíaco Repentino. Remítase a esta regularmente.

Este formulario debe ser firmado anualmente por el padre/tutor y el estudiante antes de su participación en cualquier programa deportivo del Distrito Escolar Lake Washington. Si usted tiene preguntas sobre cualquiera de la información brindada en el folleto, comuníquese con el director de deportes del colegio.

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN LOS FOLLETOS DE CONOCIMIENTO DE CONCUSIÓN Y PARO CARDÍACO REPENTINO.

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre del Padre

Firma del Padre

Fecha