

# 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 conmutación-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