

Connecticut Technical High School System
Formulario Inter-escolar Atlético con Historial, Consentimiento Paterno, & Relevo Médico

School: _____

Date Received _____

PADRE/ENCARGADO: FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO.

Este formulario y un exámen físico debe aparecer archivado en la oficina de la enfermera de la escuela antes de que un estudiante juegue o practique un deporte. Exámenes físicos son válidos por 13 meses a partir de la fecha de dicho exámen. Es requisito que se llene una nueva hoja de permiso cada 13 meses.

Sección 1: Debe llenarse por el Estudiante

Acuerdo del Estudiante:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado _____ Taller _____ Deporte(s): _____

Esta solicitud para competir en actividades deportivas inter-escolares para la escuela aquí mencionada es enteramente de carácter voluntario de mi parte. Certifico que no he violado ninguna de las reglas ni reglamentos de elegibilidad de la Connecticut Interscholastic Athletic Conference (CIAC).

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Sección 2: Debe llenarse por el Padre/Encargado

Permiso del Padre/Encargado: *Yo doy mi consentimiento para que el estudiante aquí mencionado participe como miembro del equipo en actividades deportivas inter-escolares y que acompañe al equipo en viajes utilizando el medio de transportación disponible a juegos inter-escolares.*

Yo entiendo que las actividades inter-escolares deportivas pueden presentar la posibilidad de lesiones como es la naturaleza de cualquier deporte. Yo estoy al tanto que aún con la mejor supervisión, dirección y equipo protector y estricto seguimiento de las reglas todavía puede darse el potencial para lesiones. En raras ocasiones algunas lesiones pueden resultar en incapacidad o muerte.

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha: _____ Email : _____

Dirección: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____
(calle, ciudad, código de área -zip code) (casa) (trabajo) (celular)

Emergencia Contacto #1 Info: Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____
(calle, ciudad, código de área -zip code) (casa) (trabajo) (celular)

Emergencia Contacto #2 Info: Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____ (C) _____
(calle, ciudad, código de área -zip code) (casa) (trabajo) (celular)

Section 3: To Be Completed by Physician or Other Healthcare Provider:

Sección 3: Debe llenarse por el Doctor u otro Proveedor de la Salud:

Medical Release: I certify that I examined this student on _____, and that based on this exam, the student is cleared for all sports with the following restrictions _____.

Additional recommendations: _____

Physician's Signature _____ Printed Name: _____

Phone: _____ Date: _____

Physician's Stamp:

**Healthcare Provider: Please Attach
a Copy of a Physical Exam
Completed in the Last 13 Months
(Any Physical Form is Acceptable)**

Connecticut Technical High School System
Formulario: Historial Médico -Programa Inter-escolar Atlético
Dirigido a: Padre/Encargado

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Padece de alergias el estudiante? No Sí -Favor de proveer lista de alergias: _____

¿Tiene que cargar primeros auxilios para picadas de abeja, "Epipen", o algún otro medicamento?

No Yes -Nombre del medicamento: _____

¿Toma medicinas a diario el estudiante? No Sí -Nombre del medicamento: _____

¿Cuál de los siguientes aplica al estudiante? Lentes de Contacto Espejuelos Retenedores dentales Dientes sueltos Dentadura postiza

¿Ha padecido el estudiante de las siguientes condiciones?

Asma o usa un inhalador u otro medicamento para el asma? No Sí

Nombre del medicamento: _____

¿Sufre el estudiante de problemas renales, tiene un sólo riñón o enfermedad del riñón? No Sí

Favor de explicar _____

¿Sangra el estudiante con facilidad, padece de hemorragias o sufre de hematomas? No Sí

Favor de explicar _____

¿Sufre de ataques epilépticos o Convulsiones? No Sí Favor de explicar _____

¿Padece de diabetes, azúcar en la sangre baja o azúcar alta? No Sí Favor de explicar _____

¿Padece de desmayos? No Sí Favor de explicar _____

¿Ha tenido una lesión cerebral o ha quedado inconciente? No Sí Favor de explicar _____

¿Padece de presión alta o problemas cardíacos? No Sí Favor de explicar _____

¿Ha sufrido lesión en los ojos? No Sí Favor de explicar _____

¿Se ha lastimado la espalda, el cuello, o ha sufrido daño espinal? No Sí Favor de explicar _____

¿Padece de dolores de espalda, de huesos o de cuello? No Sí Favor de explicar _____

¿Ha padecido de huesos rotos, fracturas de huesos o torceduras? No Sí

Favor de explicar _____

¿Ha padecido de problemas con los tobillos, pies o las rodillas? No Sí Favor de explicar _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente (operado) alguna vez? No Sí Favor de explicar _____

¿Padece de algún otro problema de salud? No Sí Favor de explicar _____

Firma del Padre/Encargado _____ **Fecha:** _____