



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 2)

ENVÍE SOLO ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Revisado 6/25

4

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) *impresa de manera legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Género : _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

- ☐ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- ☐ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(use una hoja adicional, si es necesario)*
- ☐ Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

☐ No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: / / _____
Dirección: _____ Teléfono: () _____
Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

Anote cualquier historial médico que sea relevante para la participación en deportes competitivos. *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

☐ Alergias/Anafilaxia ☐ Asma ☐ Cardíaco/Corazón ☐ Conmoción cerebral ☐ Diabetes ☐ Enfermedad por calor ☐ Historial ☐ quirúrgico ortopédico
☐ rasgo ☐ de células falciformes ☐ Salud mental ☐ N/A – No hay información médica relevante para divulgar

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Explicar: _____

****Firma del alumno:** _____ **Fecha:** ____/____/____

****Firma del Padre/Tutor:** _____ **Fecha:** ____/____/____

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas y firmado.