FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

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

Nombre completo del estudiante: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino 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 completes y firmado.

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.