

2020-21 Formulario de reconocimiento de padres

He leído y comprendo el Manual para estudiantes atletas de las Escuelas Públicas del Condado de Frederick y he revisado la información sobre las conmociones cerebrales.

Además, me comprometo a cumplir con estas reglas.

Nombre del estudiante atleta (en letra imprenta): _____

Firma del estudiante atleta: _____

Fecha: _____

He leído, entendido y aceptado apoyar la promesa anterior, tal como la firmó mi hijo/hija, y he recibido información sobre las conmociones cerebrales.

Nombre del padre (en letra imprenta): _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Autorizo que mi hijo reciba primeros auxilios, atención médica de emergencia y todos los otros tratamientos médicos que se consideren razonablemente necesarios para su salud y bienestar en caso de lesión o enfermedad mientras participe en las actividades del Programa Atlético de FCPS y entiendo que yo seré responsable de los gastos en que se incurra.

En caso de una emergencia que requiera atención médica, otorgo permiso a un médico u otro personal del hospital designado por el personal de Entrenamiento Atlético o el cuerpo técnico de la escuela para que asista a mi hijo/hija.

Espero que se haga todo lo posible para comunicarse conmigo en caso de emergencia.

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Dirección particular _____

Firma _____

Fecha _____

NOTA: Una vez que el atleta ha sido atendido por un médico, el padre debe obtener más información del médico por escrito para traer al preparador o Entrenador Atlético de la escuela.

Médico de la familia _____

N.º de teléfono _____

HISTORIAL DE SALUD

Lesiones en los riñones Sí No Mientras compite, usted usa:

Enfermedades cardíacas Sí No Gafas: _____

Diabetes Sí No Lentes de contacto _____

Asma Sí No Fecha de la última vacuna antitetánica: __

Indique:

Alergia a cualquier medicamento: _____

Otras enfermedades: _____

Solicitud especial para padres: _____

Se requiere seguro: Empresa _____ N.º de póliza _____