

Evaluación física previa a la participación: SOLO este formulario debe enviarse a la escuela para la participación atlética. El examen físico debe ser después del 7 de junio del año escolar de participación

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

DEPORTE: (rodea todo lo que corresponda) Baloncesto Fútbol

- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción.
- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento de _____
- Medicamento elegible para ciertos deportes. _____
- No es medicamento elegible en espera de una evaluación adicional.
- No es medicamento elegible para ningún deporte.

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el deporte (s) como se describe en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico está registrada en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta y a los padres o guardianes.

Nombre del profesional de la salud (versión impresa): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP, or PA

***Fecha del examen:** _____

**La fecha del examen debe ser posterior al 7 de junio de la
Año escolar de participación prevista.*

PHYSICIANS STAMP:

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA (completada por el padre/guardian)

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Otra información: _____

Contactos de emergencia: _____

Yo, _____, El padre / guardián del estudiante mencionado anteriormente atestigua que estas declaraciones son precisas a mi leal saber y entender.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____