

ESCUELA SECUNDARIA NORDHOFF
Formulario de consentimiento de los padres e información del examen deportivo
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre Del Estudiante _____ **Deportes** _____ **Grado** _____

Dirección _____ **Codigo Postal** _____

Fecha de nacimiento _____ **Género** _____ **Teléfono/correo electrónico** _____

NOMBRE DE LA **COMPañIA** DE **SEGURO MEDICO** QUE CUBRE AL ATLETA DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS LEGALES ESTATALES:

NOMBRE DE LA ASEGURANZA MEDICA (El seguro medico es requerido por el Estado de California para participar en el atletismo de la escuela secundaria)

DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO/A SEA EXAMINADO PARA DETERMINAR LA APTITUD PARA LA COMPETENCIA ATLÉTICA

Firma de los padres _____ **Fecha** _____

Historia de salud: Debe ser completado por los padres antes del examen médico.

Cualquier pasado o presente:	<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>
Problemas con la visión	_____	_____	Problemas dentales	_____	_____
Anteojos	_____	_____	Ortodoncia/frenos	_____	_____
Contactos	_____	_____	dientes postizos	_____	_____
Problemas con la audición	_____	_____	Huesos dolorosos	_____	_____
Aparato del Oído	_____	_____	Huesos rotos	_____	_____
Desmayo o periodo de bloqueo	_____	_____	Que hueso, fecha	_____	_____
Inconsciencia Convulsiones, Epilepsia	_____	_____	Problemas de rodilla o tobillo	_____	_____
Problemas de oído	_____	_____	requieren soporte o aparato ortopédico	_____	_____
Hemorragias Problemas de azúcar en la sangre	_____	_____	Necesidad de medicamentos	_____	_____
Hipoglucemia	_____	_____	Nombre/Tipo _____		
Diabetes	_____	_____	Problemas de menstruación femenina	_____	_____
Asma	_____	_____			
Alergias - Tipo _____					
Picaduras de abejas o insectos	_____	_____			
Hospitalizaciones	_____	_____			
Cirugías	_____	_____			
Hernias	_____	_____			

CUALQUIER OTRO
ASPECTO DE SALUD
MÉDICO QUE LA ESCUELA
DEBE SER CONSCIENTE:

EXAMEN FÍSICO: Nombre del médico de familia _____ Teléfono _____

Ojos _____	Ganglios linfáticos _____	Postura _____	Abdomen _____	Nariz _____
Orejas _____	Tiroides _____	Tono Muscular _____	Hernia _____	Presión Arterial _____
Reflejos _____	Piel _____	Garganta _____	Pulmón _____	Pie de Atleta _____
Dientes _____	Ortodoncia _____	Ortopédica _____	Corazón _____	

He examinado al estudiante mencionado anteriormente y, por lo tanto, recomiendo que él / ella esté físicamente en forma

para la participación completa en los deportes. Firma _____ Fecha _____

Recomendación o restricciones médicas especiales _____