

**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 \_\_\_\_\_