

Escuelas Públicas de Durham

Información de contacto importante del estudiante atleta

Fecha de hoy: ____/____/____

Ciclo escolar: ____2019-20____

Nombre: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

Sexo: M F Date of Birth: ____/____/____

Información de los padres/tutores legales:

Nombre del padre _____ Tel del trabajo del padre (____) _____

Empleador _____ Celular del padre (____) _____

Nombre de la madre _____ Tel del trabajo de la madre (____) _____

Empleador _____ Celular de la madre (____) _____

Dirección _____ Condado: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono del hogar: (____) _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Información médica del atleta:

1. ¿Tienes **ALERGIAS** a algún tipo de medicamento? **S / N** Menciona cuál: _____
2. mencionar cualquier otra alergia: _____
3. ¿Tomas medicamentos con regularidad? **S / N** Menciona cuáles: _____
4. ¿Tomas medicamentos en casos de emergencia? **S / N** Menciona cuál: _____
5. ¿Sufres de **ASMA**? **S / N** De ser así, ¿usas un inhalador? **S / N** ¿De qué tipo? _____
6. Durante la participación atlética, ¿usas ... anteojos? **S / N** ... lentes de contacto? **S / N** ... aparatos dentales? **S / N**
7. ¿Tienes alguna otra condición médica? **S / N** Menciona cuál: _____
8. ¿Alguna vez has sufrido de una lesión en la cabeza, falta de consciencia o contusión? **S / N** Menciona cuál: _____
9. ¿Alguna vez has sentido malestar, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio, o sentido que el corazón "late muy rápido: o se "salta latidos"? **S / N** Menciona cuál: _____

Médico de cabecera: _____ **Teléfono:** _____

Información del seguro

Nombre del seguro: _____ Póliza o N° de grupo _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Teléfono: _____

Autorización médica: Como padres o tutores legales de este estudiante atleta, autorizamos el tratamiento considerado necesario para la condición que surja durante el deporte, incluso el tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un médico. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto con nosotros antes del tratamiento. Además, otorgo permiso para divulgar la información médica a la escuela y al entrenador deportivo. Esta autorización es válida todo el tiempo que el estudiante atleta esté inscripto en las Escuelas Públicas de Durham, a menos que yo lo revoque por escrito.

Riesgo de lesionarse: Reconocemos y entendemos que existe un riesgo de lesionarse durante la participación atlética. Entendemos que el estudiante atleta estará bajo supervisión e dirección de un entrenador atlético de DPS. Acordamos seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador para disminuir el riesgo de una lesión en el estudiante y los demás atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni DPS pueden eliminar el riesgo de lesiones en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir. Las lesiones en los deportes pueden ser graves, y en algunos casos, hasta pueden resultar en la discapacidad permanente o muerte. Libremente, intencionalmente y deliberadamente aceptamos y asumimos el riesgo de lesiones que puedan ocurrir por participar en los deportes.

Estudiante atleta (en imprenta):

(Firma):

Fecha:

Nombre de los padres/tutores legales (en imprenta):

(Firma):

Fecha: