

# Registros de salud del deportista

## Examen físico antes de la participación

El Condado de Shelby Junta de Educación requiere cada estudiante participar en deportes recibir un examen físico antes de la participación, incluyendo un examen general y un examen ortopédico, antes de ser permitido a participar en programas deportivos de las escuelas del Condado de Shelby. El examen general debe incluir controles sobre el estudiante altura, peso, presión arterial, pulso, salud respiratoria, visión, oídos, nariz, pecho y abdomen. El examen ortopédico debe centrarse en la flexibilidad conjunto, conjunto de rango de movimiento y nuevo examen de últimas lesiones de huesos y articulaciones.

**Después de completar una evaluación de la actividad física en** \_\_\_\_\_

**Mis recomendaciones son las siguientes:**

**Participación en los deportes aprobado:**

Nombre del estudiante atleta

Sí

No

**Limitaciones y las instrucciones especiales para el coche:** \_\_\_\_\_

<b>Nombre del médico</b>	_____	<b>Fecha</b>	_____
<b>Dirección</b>	_____ <small>Impresión o tipo</small>	<b>Teléfono</b>	_____
<b>Firma del médico</b>	_____		
			<small>No sellos, por favor!</small>

## Información de emergencia

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Padre o nombre tutor** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto de emergencia** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** \_\_\_\_\_

**Relación al atleta** \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros** \_\_\_\_\_ **Política #** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**¿Usted es alérgico a alguna droga?** \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

**¿Tienes alguna alergia? (es decir, la picadura de abeja, polvo)** \_\_\_\_\_

**Sufre usted de:**  Asma  Diabetes  Epilepsia  Condición del corazón  Rasgo de células falciformes

**¿Está usted en cualquier medicamento?** \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

**¿Usa contactos?** \_\_\_\_\_ Otras enfermedades: \_\_\_\_\_

## Consentimiento informado y Asunción de riesgo de forma

**Nota :** Este formulario debe ser completado por todos los estudiantes, independientemente del grado, con la intención de participar en cualquier deporte. Todos los estudiantes menores deben firmar y tienen un padre o tutor legal también firmar. **Todas las formas deben ser completado y devuelto al representante deporte apropiado antes de la puesta a punto.** Falta de una escuela de un formulario debidamente ejecutado hará que el estudiante atleta declararse inelegible.

El abajo firmante, siendo un adulto prospectivo estudiante atleta (contempladas aquí como "estudiante") o el padre o tutor legal de lo firmantes menores prospectivo estudiante atleta, por la presente reconoce que dicho estudiante atleta busca participar en un programa de deportes de estudiantes durante el año escolar \_\_\_\_\_. El que suscribe afirma específicamente que el alumno cumplirá con todas las reglas y reglamentos; que está consciente de que la participación atlética requiere buen estado físico; que el alumno posee tal aptitud; y que cierto riesgo de lesiones graves e incluso la muerte participa en deportes de participación. El abajo firmante autoriza la liberación de información e informes sobre el rendimiento académico, condición médica, ayuda financiera, asistencia, residencia y récord disciplinario del estudiante que suscribe a la asociación seleccionada anteriormente a efectos de aplicación de la regla y regulations\.. Además autorizo a la escuela (o su representante) y realizar tratamiento de emergencia de cualquier lesión o enfermedad el estudiante atleta experimente si personal médico cualificado considera el tratamiento necesario. Entiendo que la autorización se concede sólo si no puedo llegar, o el que suscribe está bajo una amenaza inmediata e inminente de debilitamiento permanente o la muerte.

**Al proporcionar mis iniciales aquí, el abajo firmante reconoce que él o ella ha leído y entendido la siguiente ADVERTENCIA: no utilice cualquier casco para tope, ram o lanza un jugador contrario. Esto puede resultar en la cabeza severa, lesión del cerebro o del cuello, parálisis o muerte y posibles lesiones a su adversario. Existe el riesgo de que estas lesiones también pueden ocurrir como resultado de contacto accidental, sin intención a tope, ram o lanza. NINGÚN casco puede evitar este tipo de lesiones.**

\_\_\_\_\_

**(Aquí las iniciales)**

El firmante además reconoce que él o ella es consciente de que participar en el deporte es una actividad potencialmente peligrosa, y que él o ella, por lo tanto, asume todos los riesgos asociados con la participación en el deporte en el que él ha seleccionado para participar, incluyendo pero no limitado a caídas, física y potencialmente perjudicial o fatal contacto con otros participantes, los efectos que el tiempo que tenga de las condiciones de juego del deporte , tráfico y otras condiciones de riesgo razonables relacionados con el deporte. El abajo firmante reconoce, aprecia y entiende todos estos riesgos y acepta las condiciones establecidas en el presente formulario.

<b>Firma del estudiante</b> _____	<b>Fecha</b> _____
<b>Firma del padre</b> _____	<b>Fecha</b> _____
(si estudiante es menor de 18 años)	