

Este formulario se tradujo utilizando Google Translate. Si tiene alguna pregunta, consulte a su escuela.

INICIAL INTEGRAL DE PIAA EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL: Antes de que cualquier estudiante participe en Prácticas, Prácticas entre escuelas, jugadores y / o Concursos, en cualquier escuela miembro de PIAA en cualquier año escolar, se requiere que el estudiante (1) completa una evaluación física de pre-participación inicial integral. (CIPPE); y (2) hacer que las personas apropiadas completan las primeras siete secciones del formulario CIPPE. Al completar las Secciones 1 y 2 por el padre / tutor; Secciones 3, 4 , y 5 por el estudiante y el padre / tutor; y la Sección 6 por un médico autorizado (AME), esas secciones deben entregarse al director, o la persona designada por el director, de la escuela del estudiante para que la escuela las retenga. El CIPPE no podrá ser AUTORIZADO más antes que de uno de mayo y será efectivos, independientemente de cuando ocurren durante un año escolar, hasta el próxima 30 de abril o la finalización de la deportiva primavera. _

DEPORTE(S) POSTERIORES en el mismo año escolar: Después de completar de un CIPPE, el mismo estudiante que desee participar en prácticas, prácticas interescolares, Partidos Amistosos y / o Concursos en deporte subsiguiente(s) en el mismo año escolar, debe completar la Sección 7 de este formulario y debe entregar esa Sección al Director, o la persona designada por el Director, de su escuela. El director, o la persona designada por el director, determinará si es necesario completar la Sección 9.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

INFORMACION PERSONAL

Nombre del estudiante _____ Masculino / Femenino (circule uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: ____ / ____ / ____ Edad del estudiante en el último cumpleaños: _____

Grado del año escolar actual: _____

Dirección física actual _____

Número de teléfono de casa actual () _____

Padre/tutor número de teléfono celular actual () _____

Deporte (s) de otoño: _____ Deporte (s) de invierno: _____ Deporte(s) de primavera: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del padre / tutor _____ Relación _____

Dirección física actual _____

Número de teléfono de contacto de emergencia () _____

Nombre de contacto de emergencia secundaria _____

Relación _____

Dirección de contacto de emergencia _____

Número de teléfono de contacto de emergencia () _____

Número y nombre de póliza de la compañía de seguros médicos _____

Dirección _____ Número de teléfono () _____

Nombre del médico de familia _____ , MD o DO (circule uno)

Dirección _____ Número de teléfono () _____

Alergias del estudiante _____

Condición de salud del estudiante (s) del cual un médico de emergencia u otro médico personal debe conocer

Medicamentos recetados del estudiante y las condiciones para las que se le recetan _____

SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DE PADRE / TUTOR

Los padres / guardianes de estudiante debe completar todas las partes de esta forma.

A. Por la presente doy mi consentimiento para _____ nacido el _____ en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela _____ y un residente del distrito escolar público _____, para participar en Prácticas, Prácticas entre escuelas, Scrimmages, y/o concursos durante el 20____ - año escolar 20____ en los deporte(s) según lo indicado por mi firma (s) a continuación del nombre de dicho deporte (s) aprobado a continuación.

Deportes de Otoño	Firma del padre o guardián	Deportes de Invierno	Firma del padre o guardián	Deportes de Primavera	Firma del padre o guardián
Campo a través		Baloncesto		Béisbol	
Campo Hockey		Bolos		Niños' Lacrosse	
Fútbol Americano		Equipo de espíritu competitivo		Chicas' Lacrosse	
Golf		Chicas' Gimnasia		Softbol	
Fútbol		Rifle		Niños' Tenis	
Chicas' Tenis		Natación y Buceo		Pista y campo (Exterior)	
Chicas' Vóleibol		Pista y campo (Interior)		Niños' Vóleibol	
Agua Polo		Lucha		Otro	
Otro		Otro			

B. Comprensión de las reglas de elegibilidad: Por la presente reconozco que estoy familiarizado con los requisitos de PIAA con respecto a la elegibilidad de los estudiantes de las escuelas miembros de la PIAA para participar en prácticas interescolares, juegos y / o concursos que involucren a las escuelas miembros de la PIAA. Dichos requisitos, que se publican en el sitio web de PIAA en www.piaa.org, incluyen, entre otros, la edad, la condición de aficionado, la asistencia a la escuela, la salud, la transferencia de una escuela a otra, las reglas y regulaciones de temporada y fuera de temporada, semestres de asistencia, temporadas de participación deportiva y rendimiento académico.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

C. Divulgación de registros necesarios para determinar la elegibilidad: Para permitir que PIAA determine si el estudiante aquí mencionado es elegible para participar en deportes interescolares que involucren a las escuelas miembros de PIAA, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación a PIAA de cualquier y todas las partes de los archivos de registros escolares, comenzando el séptimo grado, del estudiante aquí mencionado incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia de los padres o tutores, dirección de residencia del estudiante, registros de salud, trabajo completado, calificaciones recibidas y datos de asistencia.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

D. Permiso para usar nombre, semejanza e información atlética: Doy mi consentimiento para que PIAA use el nombre, semejanza e información relacionada con el deporte del estudiante aquí mencionado en transmisiones de video y retransmisiones, transmisiones por Internet e informes de prácticas entre escuelas, jugadas y / o Concursos, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

E. Permiso para administrar atención médica de emergencia: Doy mi consentimiento para que un proveedor de atención médica de emergencia administre cualquier atención médica de emergencia que se considere aconsejable para el bienestar del estudiante aquí mencionado mientras el estudiante está practicando o participando en Prácticas inter-escolares, Scrimmages y / o Concursos. Además, esta autorización permite, si los esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, que los médicos hospitalicen, aseguren la consulta apropiada, ordenen inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía para el estudiante aquí mencionado. Por la presente, acepto pagar los honorarios de los médicos y / o cirujanos, los cargos hospitalarios y los gastos relacionados por dicha atención médica de emergencia. Además, doy permiso a la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para consultar con el Profesional Médico Autorizado que ejecuta la Sección 7 con respecto a una condición médica o lesión al estudiante aquí mencionado.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

F. Confidencialidad: El personal de la escuela tratará la información de este CIPPE como confidencial. Puede ser utilizado por la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para determinar la elegibilidad atlética, para identificar afecciones médicas y lesiones, y para promover la seguridad y la prevención de lesiones. En caso de una emergencia, la información contenida en este CIPPE puede compartirse con el personal médico de emergencia. La información sobre una lesión o condición médica no se compartirá con el público o los medios de comunicación sin el consentimiento por escrito de los padres o tutores.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

SECCIÓN 3: COMPRENSIÓN DEL RIESGO DE CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA

¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que:

- Es causado por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que funciona normalmente el cerebro de un estudiante.
- Puede ocurrir durante Prácticas y / o Concursos en cualquier deporte.
- Puede suceder incluso si un estudiante no ha perdido el conocimiento.
- Puede ser grave incluso si un estudiante acaba de ser "golpeado" o "han sonado la campana".

Todas las conmociones cerebrales son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad de un estudiante para hacer el trabajo escolar y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de los estudiantes con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo al cerebro del estudiante conmoción cerebral para que se recupere.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden ver; sin embargo, en un estudiante con potencial conmoción cerebral, uno o más de los síntomas enumerados a continuación pueden volverse evidentes y / o que el estudiante "no se sienta bien" poco después, unos días después o incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Molesto por la luz o el ruido
- Sentirse lento, brumoso, con niebla o aturrido
- Dificultad para prestar atención
- Problemas de memoria
- Confusión

¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos u otra persona pueden tener una conmoción cerebral?

• **Los estudiantes que sientan cualquiera de los síntomas descritos anteriormente deben informar inmediatamente a su entrenador ya sus padres.** Además, si notan que algún compañero de equipo presenta tales síntomas, deben informar inmediatamente a su Entrenador.

• **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico con licencia en medicina o medicina osteopatía (MD o DO), suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, debe examinar al estudiante, determinar si el estudiante tiene una conmoción cerebral y determinar cuándo el estudiante tiene autorización para volver a participar en deportes interescolares.

• **Los estudiantes con conmoción cerebral deben darse tiempo para mejorar.** Si un estudiante ha sufrido una conmoción cerebral, el cerebro del estudiante necesita tiempo para sanar. Si bien el cerebro de un estudiante con una conmoción cerebral todavía se está recuperando, es mucho más probable que ese estudiante tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que le toma a un estudiante que ya sufrió una conmoción cerebral recuperarse y pueden causar más daño al cerebro de ese estudiante. Tal daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante con conmoción cerebral descanse y no vuelva a jugar hasta que el estudiante reciba el permiso de un médico o DO, suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, para que el estudiante no tenga síntomas.

¿Cómo pueden los estudiantes prevenir una conmoción cerebral? Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse.

• Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo proteja adecuadamente a un estudiante, debe ser:

El equipo adecuado para el deporte, la posición o la actividad;
Usado correctamente y del tamaño y ajuste correctos; y
Se utiliza cada vez que el estudiante practica y / o compete.

- Siga las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte.
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento.

Si un estudiante cree que puede tener una conmoción cerebral: no lo oculte. Repórtalo. Tómate tu tiempo para recuperarte.

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del estudiante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del padre / guardian _____ Fecha ____ / ____ / ____

Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

<p>1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda): Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infección del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación: Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Mano / Dedos <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación: Superior de la espalda <input type="checkbox"/> Espalda baja <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Pantorrilla/espinilla <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación: Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Mano / Dedos <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/></p> <p>20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>42. ¿No estás contenta(o) con tu peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Preguntas sobre la menstruación: si corresponde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____</p> <p>50. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____</p>
--	--

#s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del estudiante _____ **Fecha** ____ / ____ / ____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del padre / guardian _____ **Fecha** ____ / ____ / ____

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA

PERMISO DE PADRES / PARENTAL PERMISSION

INFORMACIÓN DE VIAJE / Trip information

Escuela / School	Teléfono de la Escuela / School Phone	Salón/Grado / Grade/Room	Fecha / Date Prepared
Maestro/ Teacher	Lugar que se visitará/ Destination		
Propósito educativo del viaje / Educational Purpose of Trip			
Fecha del viaje / Date of Trip	Hora de salida / Leave Time	Hora de regreso / Return Time	Itinerario del viaje (resumen) / Trip Itinerary (summary)
Método de transportación / Method of Transportation	Costo para el estudiante / Cost to Student <input type="checkbox"/> Gratis / Free \$ _____	Almuerzo para el estudiante / Student Lunch <input type="checkbox"/> Traer / Bring <input type="checkbox"/> Comprar / Buy <input type="checkbox"/> Se proporcionará / Provided <input type="checkbox"/> No se necesita / Not Needed	

Por favor complete y despegue la parte de debajo de este formulario y devuélvasela al maestro.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante / Name of student _____
 I.D.# / I.D.# _____ Fecha de nacimiento / Date of Birth _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

1. Padre/Encargado / Parent/Guardian _____
 Dirección de la casa / Home Address _____ Teléfono residencial / Home Phone _____
 Teléfono del trabajo / Work Phone _____ Celular / Cell Phone _____

2. Padre/Encargado / Parent/Guardian _____
 Dirección de la casa / Home Address _____ Teléfono residencial / Home Phone _____
 Teléfono del trabajo / Work Phone _____ Celular / Cell Phone _____

Estudiante vive con (marque todo lo que aplique) / Student lives with (check all that applies):

Padre / Father Madre / Mother Encargado / Guardian

CONTACTOS DE EMERGENCIA / EMERGENCY CONTACTS

Si los padres o encargados no están disponibles, la escuela llamará a las personas que se listan a continuación. Las siguientes deben ser personas responsables que puedan: 1) dar permiso para administrar atención médica; 2) recoger a su hijo(a) si se enferma; 3) tener la autoridad de hablar a nombre de los padres o encargados legales. / If the parents/guardians cannot be reached, the school will call the people listed below. The people listed below should be responsible individuals who can: 1) give permission to administer health care; 2) pick up your child if your child is ill; 3) have the authority to speak on behalf of the parents or legal guardians.

Nombre / Name _____	Nombre / Name _____
Teléfono residencial / Home Phone _____	Teléfono residencial / Home Phone _____
Teléfono del trabajo / Work Phone _____	Teléfono del trabajo / Work Phone _____
Celular / Cell Phone _____	Celular / Cell Phone _____

INFORMACIÓN DE SALUD / HEALTH INFORMATION

Si se otorga permiso, por favor proporcione la siguiente información médica; o si su hijo(a) no tiene ninguna de las condiciones de salud mencionadas, por favor escriba "NONE". / If permission is granted, please provide the following medical information or if your child does not have any of the health conditions listed below, please write "none".

El estudiante está tomando la(s) siguiente(s) medicina(s) / Medication/s being taken by student: _____
 Alergias a alimentos, bebidas, picaduras de insectos, medicinas, otros / Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other _____
 Otra información médica / Other medical information _____
 Nombre del médico: / Physician's Name _____ Teléfono / Phone _____
 Seguro Médico/Hospital / Medical/Hospital Insurance _____
 Grupo / Group _____ Tipo / Type _____

He leído la información sobre el viaje a / I have read the information about the trip to _____ (lugar que se visitará / Destination) en _____ (fecha / Date)

Marque uno / Check one : **mi hijo(a) / my child** puede / may no puede / may not **ir en este viaje / go on this trip.**

Entiendo que en caso de cualquier emergencia que requiera tratamiento médico, se hará todo el esfuerzo posible por comunicarse con una de las personas mencionadas arriba. Si ninguna de estas personas se puede localizar, autorizo a la escuela a permitir que mi hijo(a) reciba el tratamiento que el personal de emergencia considere necesario. / I understand that in case of any emergency requiring medical treatment, every effort will be made to reach one of the people listed above. If none of these people can be contacted, I authorize the school to give consent to treatment as deemed necessary by emergency responders.

Nombre del Padre/Encargado en letra de molde / Print Name of Parent/s or Guardian/s _____

Firma del Padre o Encargado / Signature of Parent/s or Guardian/s _____ Fecha / Date _____

Se mantendrá una copia de este formulario en los archivos hasta que termine el año escolar
A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.