

Escuelas Públicas de Durham Aceptación de Riesgo/ Autorización de Tratamiento Médico

Estudiante - Nombre del Atleta: _____

Escuela: _____

Deporte(s): _____ Fecha: _____

El sistema de las Escuelas Públicas de Durham hace todo lo posible para prevenir lesiones, pero las lesiones ocurren en el atletismo. Al firmar a continuación, entiendo:

1. Las Reglas y procedimientos del deporte arriba mencionado y soy consciente de los riesgos que conlleva su práctica.
2. La necesidad de utilizar las técnicas y el equipo de protección adecuados (cuando sea necesario).

Reconozco que existen riesgos inevitables en todos los eventos atléticos (lesiones en la cabeza y la médula espinal, fracturas, lesiones internas, etc.) y por medio de la presente otorgo mi permiso para que mi hijo/hija participe en todos y cada uno de los eventos interescolares patrocinados por las Escuelas Públicas de Durham.

Por medio de la presente se le otorga el permiso a las Escuelas Públicas de Durham y a sus representantes autorizados para iniciar el tratamiento y la rehabilitación de las lesiones y autorizar cualquier tratamiento médico mayor o quirúrgico menor necesario, radiografías, exámenes e inmunizaciones al participante arriba mencionado por parte del personal médico apropiado. En caso de enfermedad grave, necesidad de cirugía mayor o lesión significativa debida a un accidente, entiendo que el médico a cargo hará todo lo posible por ponerse en contacto conmigo de la manera más rápida posible. Si dicho médico no puede comunicarse conmigo, se podrá administrar el tratamiento necesario para el mejor interés de la persona arriba nombrada.

Por medio de la presente libero al sistema de las Escuelas Públicas de Durham, al personal local/individual de la escuela, y a los miembros individuales de cada departamento atlético incluyendo, pero no limitado a, sus entrenadores, entrenadores atléticos certificados, entrenadores atléticos estudiantiles, ayudantes estudiantiles de entrenamiento atlético, administradores, médicos asistentes, y todas las otras personas relacionadas con las actividades atléticas de la escuela, de cualquier y de todos los daños por lesiones que sufra mi hijo/hija mientras participe en cualquier actividad deportiva asociada con las Escuelas Públicas de Durham y por la presente acepto eximir de responsabilidad a todos y cada uno de los mencionados anteriormente de cualquier y de todos los daños que puedan sufrir como resultado de las lesiones que sufra mi hijo/hija mientras participe como se indica anteriormente.

¿Toma actualmente algún medicamento, suplemento o pastillas?

- Sí
- No

En caso afirmativo, por favor, escriba la lista:

¿El estudiante arriba mencionado tiene alergias? (Medicamentos, picaduras de abeja, rinitis alérgica, etc.)

- Sí
- No

En caso afirmativo, por favor, escriba la lista:

Número de teléfono principal _____

alternativo _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____

Número de teléfono principal _____
alternativo _____

Firmas: Padre/madre/tutor: _____