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 Nº 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:

**Actualizado 7/2017** Translated-ESLRC-72017LB