

FORMULARIO DE SALUD PARA DEPORTES FALLSBURG CENTRAL SCHOOL DISTRICT / PERMISO DE LOS PADRES  
DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU ENFERMERA DE LA ESCUELA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ SEXO: (M / F) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
DEPORTE: \_\_\_\_\_ NIVEL: (circule uno) MOD FRESH JV VAR  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
PADRE / TUTOR NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL: (w) \_\_\_\_\_ (número de emergencia): \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DOCTOR FAMILIAR: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito el privilegio de probar para arriba deporte y completamente reconozco mi responsabilidad. Me comportaré de una manera que será un crédito a mi escuela y el deporte. Me doy cuenta de que se me puede pedir a retirarse del equipo en caso yo no. Si se extiende arriba, privilegio, te seguiré las normas del código de atletismo y las reglas de formación adicionales dados a mí por mi entrenador.

\_\_\_\_\_ (Firma del estudiante)

**HISTORIA MÉDICA SI/NO**

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad o lesión médica desde su último examen físico o deportes físico? \_\_\_\_\_  
¿Se le ha visto en la sala de emergencia? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha sido hospitalizado durante la noche? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? \_\_\_\_\_  
¿Está tomando cualquier prescripción o de venta libre especial, (sobre el contador) de medicamentos o píldoras o usar un inhalador? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez has tomado suplementos o vitaminas para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, la medicina, la alimentación, o hacer un collar insectos)? \_\_\_\_\_  
¿Llevas un Epipen? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se ha desmayado durante o después del ejercicio? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después del ejercicio? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez has enfermado por hacer ejercicio en el calor? \_\_\_\_\_  
Cualquier miembro de la familia o un pariente ha muerto de problemas del corazón o de muerte súbita antes de los 50 años? \_\_\_\_\_  
¿Tiene asma? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha lesión en la cabeza o conmoción cerebral? \_\_\_\_\_ Si es así ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez fue noqueado, perder el conocimiento, o a perdido la memoria? \_\_\_\_\_  
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o graves? \_\_\_\_\_

**SÓLO MUJERES**

¿Cuándo fue su primer período menstrual? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA SI/NO**

¿Usa anteojos o lentes de contacto? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza algún equipo especial de protección o correctiva o dispositivos que no se utilizan por lo general para la práctica deportiva o la posición (por ejemplo, apoyo de rodilla, rollo cuello aparatos ortopédicos, retenedor en los dientes)? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez has tenido un esguince, distensión o hinchazón después de la lesión? \_\_\_\_\_  
¿Se ha roto o fracturado algún hueso o dislocado cualquier junta? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido algún otro problema con el dolor o la inflamación de los músculos, tendones, huesos o juntas? \_\_\_\_\_  
Si es así, compruebe la elección adecuada y explicar \_\_\_\_\_ cabeza \_\_\_\_\_ Codo \_\_\_\_\_ Cadera \_\_\_\_\_ Cuello \_\_\_\_\_ Antebrazo \_\_\_\_\_ Mulo \_\_\_\_\_ volver \_\_\_\_\_ rodilla \_\_\_\_\_ Pecho \_\_\_\_\_ mano \_\_\_\_\_ Tobillo \_\_\_\_\_ Shin / Becerro \_\_\_\_\_ Hombro \_\_\_\_\_ pecho \_\_\_\_\_ dedos \_\_\_\_\_ Pie \_\_\_\_\_ superior del brazo  
¿Le han dicho alguna vez que tiene un soplo en el corazón? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez un médico negado o restringido su participación en los deportes para cualquier problema del corazón? \_\_\_\_\_  
¿Tiene problemas actuales de la piel (por ejemplo, picazón, tenido una erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)? \_\_\_\_\_  
¿Tose, sibilancias, o tiene problemas para respirar durante o después de la actividad? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha tenido una convulsión? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? \_\_\_\_\_

**Si usted contestó sí a alguna pregunta, por favor explique aquí:**

**He leído y entiendo la política de concusión** \_\_\_\_\_

(Firma del padre)

(Firma del estudiante)

**\* Haga una lista de las enfermedades crónicas aquí:**

Soy plenamente consciente de que existe el riesgo de lesiones físicas en toda participación en los deportes. El seguro de la escuela proporcionado no podría cubrir todos los gastos médicos en caso de lesión.

En caso de un accidente, le doy el permiso técnico para obtener tratamiento médico de mi hijo si yo no puedo ser contactado. Mi información de seguro es:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Si es necesario, la física se realizará a través de: \_\_\_\_\_ Mi médico de familia \_\_\_\_\_ médico Escuela Central de Fallsburg

Yo certifico que toda la información anterior es correcta \_\_\_\_\_

(Firma del Padre o Tutor)

(Fecha de la firma)

**(USO DE LA ESCUELA)**

LA formación aquí nombrada ha tenido un examen físico y es aprobado para competir en deportes

SEGÚN EL MÉDICO DURANTE LA TEMPORADA DE \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR. B.P. \_\_\_\_\_

Restricciones (en caso): \_\_\_\_\_

FECHA DE LA FÍSICA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL LA ENFERMERA FALLSBURG CSD: \_\_\_\_\_