





**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**

DEPORTES OCMSAC

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA DEPORTES DE ESCUELA INTERMEDIA - Evaluación Física antes de Participar**

Este formulario completado debe estar archivado por la escuela donde participa. Los exámenes físicos completados en primavera (después del 1ro de abril) son válidos para participar en deportes de primavera y del 1ro de julio hasta el 30 de junio del siguiente año escolar.

**Parte 1. Información del Estudiante (para ser completado por el estudiante o padre).**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la Escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. del Hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Tel. del Hogar: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico Personal/Familia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Tel. de la Oficina: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Parte 2. Historial Médico (para ser completado por el estudiante o padre). Explique las respuestas "Sí" más abajo. Circule las preguntas de las que no conoce la respuesta.**

	<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
1. ¿Ha tenido usted una enfermedad/lesión médica desde su último chequeo o examen físico para deportes?	___	___	26. ¿Se ha sentido usted enfermo alguna vez por ejercitarse en el calor?	___	___	
2. ¿Tiene usted una enfermedad crónica continua?	___	___	27. ¿Usted tose, jadea o respira con dificultad durante o después de una actividad?	___	___	
3. ¿Ha estado usted alguna vez hospitalizado de un día para otro?	___	___	28. ¿Padece usted de asma?	___	___	
4. ¿Ha tenido usted alguna vez una cirugía?	___	___	29. ¿Padece usted alergias de temporada que requieren tratamiento médico?	___	___	
5. ¿Está usted actualmente tomando algunas medicinas o pastillas recetadas o no recetadas (de venta libre) o utilizando un inhalador?	___	___	30. ¿Utiliza usted cualquier equipo especial de protección o correctivo o aparatos médicos que usualmente no se utilizan para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, rollo especial para cuello, plantillas para el pie, catéter, retenedor en los dientes o audífono)?	___	___	
6. ¿Ha tomado usted alguna vez cualquier suplemento o vitamina para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?	___	___	31. ¿Ha tenido usted algún problema con sus ojos o visión?	___	___	
7. ¿Tiene usted alguna alergia (por ejemplo, polen, látex, medicina, alimento o de insectos que pican)?	___	___	32. ¿Usa usted espejuelos, lentes de contacto o protector para ojos?	___	___	
8. ¿Ha tenido usted alguna vez sarpullido o urticaria que se desarrolla durante o después del ejercicio?	___	___	33. ¿Ha tenido usted una torcedura, distensión o hinchazón luego de una lesión?	___	___	
9. ¿Se ha desmayado usted alguna vez durante o después del ejercicio?	___	___	34. ¿Se ha roto o fracturado usted algún hueso o dislocado alguna coyuntura?	___	___	
10. ¿Se ha mareado usted alguna vez durante o después del ejercicio?	___	___	35. ¿Ha tenido usted algún otro problema con dolor o hinchazón de los músculos, tendones, huesos o coyunturas?	___	___	
11. ¿Ha tenido usted alguna vez dolor de pecho durante y después del ejercicio?	___	___	<i>Si contestó Sí, marque en la raya apropiada y explique más abajo.</i>			
12. ¿Se cansa usted más rápido de lo que lo hacen sus amigos durante el ejercicio?	___	___	___ Cabeza	___ Brazo	___ Dedo	___ Canilla/Pantorrilla
13. ¿Ha tenido usted alguna vez el corazón acelerado o latidos irregulares?	___	___	___ Cuello	___ Codo	___ Pie	___ Tobillo
14. ¿Ha tenido usted alguna vez hipertensión o colesterol alto?	___	___	___ Espalda	___ Antebrazo	___ Cadera	
15. ¿Le han dicho a usted alguna vez que tiene un soplo cardíaco?	___	___	___ Pecho	___ Muñeca	___ Muslo	
16. ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas del corazón o por muerte súbita, antes de los 50 años de edad?	___	___	___ Hombro	___ Mano	___ Rodilla	
17. ¿Ha tenido usted una infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) dentro del último mes?	___	___	36. ¿Desea usted pesar más o menos de lo que pesa ahora?	___	___	
18. ¿Alguna vez el médico le ha denegado o restringido su participación en los deportes por algún problema del cardíaco?	___	___	37. ¿Pierde usted peso regularmente para cumplir con los requisitos del peso para su deporte?	___	___	
19. ¿Tiene usted actualmente cualquier problema de la piel (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos, ampollas o llagas)?	___	___	38. ¿Se siente usted con mucho estrés?	___	___	
20. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o contusión?	___	___	39. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con anemia de célula falciforme?	___	___	
21. ¿Ha sido usted alguna vez noqueado, ha quedado inconsciente o perdido la memoria?	___	___	40. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con rasgo de célula falciforme?	___	___	
22. ¿Ha sufrido usted alguna vez un ataque?	___	___	41. Indique las fechas de sus vacunas más recientes para: Tétano: _____ Sarampión: _____ Hepatitis B: _____ Varicela: _____			
23. ¿Tiene usted dolores de cabeza frecuentes o severos?	___	___	<b>DAMAS SOLAMENTE (opcional)</b>			
24. ¿Ha tenido usted alguna vez adormecimiento u hormigueo en sus brazos, manos, piernas o pies?	___	___	42. ¿Cuándo fue su primera menstruación? _____			
25. ¿Ha tenido usted alguna vez dolor agudo, quemazón o compresión de un nervio?	___	___	43. ¿Cuándo fue su más reciente menstruación? _____			
			44. ¿Cuánto tiempo pasa entre una menstruación y la próxima? _____			
			45. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido usted en el último año? _____			
			46. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre menstruaciones en el pasado año? _____			

Explique aquí las respuestas "Sí": \_\_\_\_\_

**Por la presente, nosotros declaramos, según nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores están completas y correctas. Además de la evaluación médica de rutina requerida por los Estatutos de Florida s.1006.20 y la Ley 9.7 de FHSAA, entendemos y admitimos que por la presente estamos advertidos que el estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, la cual puede incluir tales exámenes diagnósticos como electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), ecocardiograma (ECG, por sus siglas en inglés) y/o examen de cardio estrés.**

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA** OCMSAC ATHLETICS  
**MIDDLE SCHOOL ATHLETIC CONSENT FORM – Preparticipation Physical Evaluation**

This completed form must be kept on file by the school of participation. Physicals completed in the spring (after April 1) are valid for spring sports participation and July 1 through June 30 of the following school year.

**Part 3. Physical Examination (to be completed by licensed physician, licensed osteopathic physician, licensed chiropractic physician, licensed physician assistant, or certified advanced registered nurse practitioner).**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ % Body Fat (optional): \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  
 Temperature: \_\_\_\_\_ Hearing: right: P \_\_\_\_ F \_\_\_\_ left: P \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
 Visual Acuity: Right 20/\_\_\_\_ Left 20/\_\_\_\_ Corrected: Yes No Pupils: Equal \_\_\_\_\_ Unequal \_\_\_\_\_

FINDINGS	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
<b>MEDICAL</b>			
1. Appearance	_____	_____	_____
2. Eyes/Ears/Nose/Throat	_____	_____	_____
3. Lymph Nodes	_____	_____	_____
4. Heart	_____	_____	_____
5. Pulses	_____	_____	_____
6. Lungs	_____	_____	_____
7. Abdomen	_____	_____	_____
8. Genitalia (males only)	_____	_____	_____
9. Skin	_____	_____	_____
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
10. Neck	_____	_____	_____
11. Back	_____	_____	_____
12. Shoulder/Arm	_____	_____	_____
13. Elbow/Forearm	_____	_____	_____
14. Wrist/Hand	_____	_____	_____
15. Hip/Thigh	_____	_____	_____
16. Knee	_____	_____	_____
17. Leg/Ankle	_____	_____	_____
18. Foot	_____	_____	_____

\* – station-based examination only

**ASSESSMENT OF EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER**

I hereby certify that each examination listed above was performed by myself or an individual under my direct supervision with the following conclusion(s):  
 \_\_\_ Cleared without limitation  
 \_\_\_ Disability: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Precautions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Referred to: \_\_\_\_\_ For: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Recommendations: \_\_\_\_\_  
 Name of Physician/Physician Assistant/Nurse Practitioner (print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Signature of Physician/Physician Assistant/Nurse Practitioner: \_\_\_\_\_

**ASSESSMENT OF PHYSICIAN TO WHOM REFERRED (if applicable)**

I hereby certify that the examination(s) for which referred was/were performed by myself or an individual under my direct supervision with the following conclusion(s):  
 \_\_\_ Cleared without limitation  
 \_\_\_ Disability: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Precautions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Recommendations: \_\_\_\_\_  
 Name of Physician (print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Signature of Physician: \_\_\_\_\_

## THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

### CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

#### **CONTUSIÓN CEREBRAL:**

Contusión cerebral es una lesión en el cerebro. Las contusiones cerebrales, así como también otras lesiones en la cabeza, son serias. Pueden ser causadas por un golpe/chichón, giro brusco de la cabeza, desaceleración o aceleración repentina, golpe o sacudida de la cabeza o golpe a cualquier parte del cuerpo con fuerza que se transmita a la cabeza. Usted no puede ver una contusión cerebral y más del 90% de todas las contusiones cerebrales ocurren sin pérdida de conocimiento. Las señales y síntomas de una contusión cerebral pueden mostrarse rápidamente después de la lesión o pueden tomar horas o días para que aparezcan por completo. Todas las contusiones cerebrales son potencialmente serias y si no se manejan apropiadamente, pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral y en raros casos, hasta muerte. Aún un “leve golpe” o golpe/chichón en la cabeza puede ser serio. Si su hijo reporta cualquier síntoma de una contusión cerebral o si usted nota los síntomas o señales de una contusión cerebral, su hijo debe ser removido inmediatamente del juego, ser evaluado por un doctor profesional y que el doctor profesional verifique que todo está bien.

\* Puede encontrar Videos Educativos GRATIS sobre Contusiones Cerebrales en [www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com) y/o [sportsafetyinternational.org](http://sportsafetyinternational.org)

#### **Señales y Síntomas de una Contusión:**

Los síntomas de una contusión pueden presentarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar varios días para que aparezcan. Estudios demuestran que toma un promedio de 10-14 días o más para que se resuelvan los síntomas y en raros casos o si el atleta ha sufrido múltiples contusiones, los síntomas se pueden prolongar. Las señales y los síntomas de una contusión pueden incluir: (no están limitados a los siguientes)

- Mirada perdida o ver estrellas
- Falta de conciencia de su entorno
- Emociones desproporcionadas a las circunstancias (llanto o ira inapropiada)
- Dolor de cabeza o dolor de cabeza persistente, náusea, vómitos
- Visión alterada
- Sensibilidad a la luz o los ruidos
- Respuestas verbales y motoras retardadas
- Desorientación, dificultad para hablar o hablar incoherentemente
- Mareos, incluyendo sensación de mareo, vértigo (giratorio) o falta de equilibrio (perder el balance o sensación de estar nadando)
- Disminución en la coordinación y los reflejos
- Confusión y dificultad para poner atención o concentrarse
- Pérdida de memoria
- Cambio repentino en el desempeño académico o descenso en las calificaciones
- En casos raros, pérdida del conocimiento

#### **Los PELIGROS si su hijo continúa jugando con una contusión o regresa demasiado pronto:**

Los atletas con señales y síntomas de contusión deben ser removidos de la actividad (juego o práctica) inmediatamente. El continuar jugando con señales y síntomas de contusión hace que el joven atleta sea vulnerable a sufrir otra contusión. Los atletas que sufren una segunda contusión antes de que los síntomas de la primera se hayan resuelto y de que el cerebro haya tenido tiempo para sanar, están en riesgo de sufrir síntomas prolongados, discapacidad permanente y hasta muerte (llamado el Síndrome de Segundo Impacto en el cual el cerebro se hincha incontrolablemente). También, existe evidencia de que múltiples contusiones pueden conducir a síntomas a largo plazo, incluyendo demencia temprana.

#### **Pasos a seguir si usted sospecha que su hijo ha sufrido una contusión:**

Cualquier atleta que se sospeche haya sufrido una contusión debe ser removido de la actividad inmediatamente. Ningún atleta puede regresar a las actividades después de una aparente lesión en la cabeza o contusión, independientemente de cuán leve parezca ser o la rapidez con la que los síntomas desaparezcan, sin una nota de alta médica efectuada por un profesional de la salud (AHCP, por sus siglas en inglés). En Florida, un profesional de la salud apropiado (AHCP) se define como un médico licenciado (MD, como se establece en *Chapter 458 de Florida Statutes*) o un médico osteópata licenciado (DO, por sus siglas en inglés y como se establece en *Chapter 459, de Florida Statutes*). La observación minuciosa al atleta debe continuar por varias horas. Usted debe buscar cuidado médico e informar a su entrenador si usted cree que su hijo pudo haber sufrido una contusión. Recuerde, es mejor perder un juego que ver su vida cambiar para siempre. En caso de dudas, siéntelos.

#### **De regreso al juego o la práctica:**

Luego de una evaluación médica, el proceso de regreso a las actividades requiere que el atleta esté completamente libre de síntomas, para entonces completar un protocolo de varios pasos bajo la supervisión de un entrenador atlético licenciado, entrenador o profesional médico y luego obtener por escrito un alta médica de un AHCP.

Para información actualizada sobre contusiones, visite <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/> o <http://www.seeingstarsfoundation.org>

#### **Declaración de la Responsabilidad del Estudiante Atleta**

Los padres y estudiantes deben saber que evidencia preliminar sugiere que la repetición de contusiones y aún golpes que no causan contusión sintomática pueden conducir a cambios anormales en el cerebro, los cuales solamente se pueden ver en una autopsia (conocido como Encefalopatía Traumática Crónica, CTE, por sus siglas en inglés). Se han reportado casos que sugieren el desarrollo de síntomas similares a Parkinson, *Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)*, por sus siglas en inglés, lesión cerebral traumática severa, depresión y problemas de la memoria a largo plazo que pueden relacionarse con un historial de contusión. Se necesitan más investigaciones al respecto antes de que se pueda llegar a una conclusión.

Reconozco el requisito anual para mi niño/pupilo de ver “*Concussion in Sports-What You Need to Know*” en [www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com). Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y padecimientos a mis padres, el doctor del equipo, entrenador atlético o entrenadores asociados con mi deporte incluyendo cualquier señal o síntoma de CONTUSIÓN. He leído y entiendo la información anterior acerca de las contusiones. Informaré inmediatamente al entrenador a cargo, entrenador atlético o doctor del equipo si experimento cualquiera de estos síntomas o si soy testigo de los síntomas en un compañero de equipo. Además, he sido informado sobre los peligros de la participación para mí y para mi niño/pupilo.

# THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

## CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

### **PARO CARDÍACO REPENTINO:**

El paro cardíaco repentino es la causa principal de muerte relacionada con los deportes. Esta política provee los procedimientos para los requisitos educativos de todos los entrenadores pagados y recomienda adiestramiento adicional. El paro cardíaco repentino es una condición en la cual el corazón deja de latir repentinamente e inesperadamente. Si esto ocurre, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y a otros órganos vitales. El paro cardíaco repentino puede causar muerte si no es tratado en minutos.

Los síntomas del paro cardíaco repentino incluyen, pero no están limitados a: Colapso repentino, no tiene pulso, no está respirando.

Señales de alerta asociadas con el paro cardíaco repentino incluyen: Desmayarse durante ejercicio o actividad, falta de aliento, aumento en el ritmo cardíaco, mareos, dolor en el pecho, fatiga extrema.

Se recomienda enfáticamente que todos los entrenadores, pagados o voluntarios, reciban capacitación periódica en Resucitación Cardiopulmonar (*CPR*, por sus siglas en inglés) y en el uso de Desfibriladores Externos Automáticos (*AED*, por sus siglas en inglés). El entrenamiento es fomentado por agencias que proveen entrenamiento práctico y ofrecen certificados que incluyen fecha de expiración. A partir del 1º de junio de 2021, un empleado o voluntario escolar con capacitación actual en *CPR* y el uso de *AED* debe estar presente en cada evento deportivo durante y fuera del año escolar, incluidas las prácticas, entrenamientos y sesiones de acondicionamiento.

El *AED* debe estar en un lugar claramente marcado y publicitado para cada competencia atlética, práctica, entrenamiento o sesión de acondicionamiento, incluidas las realizadas fuera del año escolar.

### **Qué hacer si su estudiante atleta colapsa.**

- 1.) Llamar al 911
- 2.) Buscar un Desfibrilador Externo Automático (*AED*, por sus siglas en inglés)
- 3.) Comenzar las compresiones.

### **Información sobre enfermedades relacionadas con el calor**

Las personas sufren de enfermedades relacionadas con el calor cuando sus cuerpos no pueden enfriarse por sí mismos a través del sudor. El sudor es el aire acondicionado natural del cuerpo, pero cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente, el sudor no es suficiente. Las enfermedades relacionadas con el calor pueden ser serias y potencialmente mortales. Las altas temperaturas del cuerpo pueden dañar el cerebro u otros órganos vitales y pueden causar discapacidad y hasta la muerte. Las enfermedades y las muertes relacionadas con el calor se pueden prevenir.

**La hipertermia** es la enfermedad más seria relacionada con el calor. Sucede cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente y el cuerpo no se puede enfriar. La hipertermia puede causar discapacidad y muerte.

**La deshidratación** es una enfermedad relacionada con el calor la cual es más leve. Por lo regular se desarrolla después de varios días de exposición a temperaturas altas y de no tomar suficiente líquido.

**Los calambres causados por el calor** usualmente afectan a personas que sudan mucho durante las actividades físicas intensas. El sudar reduce la sal y la humedad del cuerpo y pueden causar calambres dolorosos, por lo regular en el abdomen, los brazos o piernas. Los calambres causados por el calor pueden ser un síntoma de deshidratación.

### **¿Quién está en riesgo?**

Aquellos que están en mayor riesgo incluyen, los ancianos, los niños pequeños y las personas con enfermedades mentales y enfermedades crónicas. Sin embargo, aún personas jóvenes y saludables pueden sucumbir al calor si participan en actividades físicas intensas en un clima de altas temperaturas. Otras condiciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el calor incluyen, obesidad, fiebre, deshidratación, mala circulación, quemadura de sol y medicamentos recetados o el uso del alcohol.

**Al firmar esta declaración, reconozco el requisito anual para mi hijo/pupilo de ver los cursos “Paro Cardíaco Repentino” y “Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor” en [www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com). Reconozco que la información de Paro Cardíaco Repentino y Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor ha sido leída y entendida. He sido informado sobre los peligros de la participación para mí y mi hijo/pupilo.**

**He sido asesorado sobre los peligros de mi participación y la de mi hijo/pupilo. Los abajo firmantes, a nombre de ellos mismos, el otro padre/tutor, el estudiante menor y todos los asignados y representantes de este y en toda la extensión permitida por la Ley de Florida, por la presente a sabiendas, aceptan los propios riesgos presentados por la participación en este programa y como condición de tal participación, por la presente liberan y eximen de toda responsabilidad a la Junta Escolar/ Distrito del Condado Osceola, Florida y todos sus agentes y empleados de y en contra de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, daños o cualquier otro asunto relacionado a o que surja de la participación del estudiante en este programa, (los “Asuntos Liberados”), incluyendo los Asuntos Liberados que son causados por entero o en parte por negligencia de la Junta Escolar/Distrito o cualquier empleado o agente del mismo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante-Atleta (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante-Atleta

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Original: Athletic Director/School  
Copy: Coach

An Equal Opportunity Agency

MED (09/08/18) FC-600-2561S (Rev. 04/27/20)

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

AÑO ESCOLAR  
2022-2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA  
Departamento de Deportes

AÑO ESCOLAR  
2022-2023

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo, padre/tutor abajo firmante, en caso de que no pueda ser contactado y/o el equipo esté fuera del Condado durante un evento entre escuelas, por la presente autorizo al entrenador designado del Distrito Escolar del Condado Osceola (*SDOC*, por sus siglas en inglés) u otro personal de emergencia, si fuera necesario, transportar a mi hijo(a) al apropiado centro de cuidado de salud más cercano y obtener cualquier tratamiento médico necesario. Esta autorización es válida por el año escolar 2022-23.

Además, entiendo que la Póliza de Seguro Escolar no garantiza los beneficios de la póliza. La póliza de Seguro del Estudiante es secundaria a todas las otras bases de cobertura y puede que no pague el 100% de todos los gastos médicos incurridos.

Para información sobre reclamación o elegibilidad comuníquese con: *School Insurance of Florida* – Póliza # 09-0142-2023 (Expira el 30 de junio de 2023) *P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4628*. Teléfono: 407-798-0290; Fax: 407-798-0296.

Para poder recibir los máximos beneficios de seguro, al cual usted tiene derecho, usted DEBE utilizar la red de su seguro primario. Comuníquese con su compañía de seguro antes de buscar tratamiento continuo para una lesión.

Alergias de Alimento/Medicina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones Médicas Especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Compañía de Seguro/Número de Póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Última Fecha de la Vacuna de Tétano (Si la recuerda): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Número(s) de Teléfono(s)

\_\_\_\_\_  
Testigo (Debe tener edad legal)

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

\_\_\_\_\_  
Número(s) de Teléfono(s)

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

\_\_\_\_\_  
Número(s) de Teléfono(s)