



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

MIDDLE SCHOOL ATHLETIC CONSENT FORM

C. Read this form completely and carefully. You are agreeing to let your minor child/ward engage in a potentially dangerous activity. You are agreeing that, even if your child's/ward's school, the schools against which it competes, the school district, and the contest officials use reasonable care in providing this activity, there is a chance your child/ward may **be exposed to communicable diseases**, may be seriously injured or killed by participating in this activity because there are certain dangers inherent in the activity which cannot be avoided or eliminated. By signing this form you are giving up your child's/ward's right and your right to recover from your child's/ward's school, the schools against which it competes, the school board, the school district, and the contest officials in a lawsuit for any personal injury, including death, to your child/ward or any property damage that results from the risks that are a natural part of the activity. You have the right to refuse to sign this form, and your child's/ward's school, the school against which it competes, the school board, the school district, and the contest officials have the right to refuse to let your child/ward participate if you do not sign this form.

D. I/We know of, and acknowledge that my child/ward knows of, the risks involved in middle school athletic participation, **including transmission of communicable diseases**, serious injury, and even death, is possible in such participation and choose to accept any and all responsibility for his/her safety and welfare while participating in school athletics. **With full understanding of the risks involved, I/we release and hold harmless the School Board of Osceola County, and its officers, employees and assigns; the School District of Osceola County; my/our child's/ward's school; and the school boards, school districts and the schools against which the School Board of Osceola County, the School District of Osceola County and my school competes and the contest officials of any and all responsibility and liability for any injury or claim resulting from such athletic participation and participation in the middle school athletic activities and agree to take no legal action against the School Board of Osceola County, and its officers, employees or agent because of any accident or mishap arising out of, resulting from or involving the athletic participation, including but not limited to practice or actual competition of my/our child/ward and agree to take no legal action against the School Board of Osceola County or any officer, employee or agent because of any accident or mishap involving athletic participation. This release applies to all participation in middle school athletic activities for the entire school year.** I/We authorize emergency medical treatment for my/our child/ward should the need arise for such treatment while my child/ward is under the supervision of the school. I/We further hereby authorize the use or disclosure of my child's/ward's individually identifiable health information should treatment for illness or injury become necessary. I/we grant the released parties the right to photograph and/or videotape my child/ward and further to use said child's/ward's name, face, likeness, voice, and appearance in connection with exhibitions, publicity, advertising promotional and commercial materials without reservation. I/We understand that the authorization and rights granted herein are voluntary and that I may revoke any and all of them at any time by submitting said revocation in writing to my child's/ward's school. If I choose to submit a revocation, however, I understand that my child/ward will no longer be eligible for participation in middle school athletics.

E. Please check the appropriate line.

My child/ward is covered under our family health plan which has limits of not less than \$25,000.

Company _____ Policy Number _____

I/We have no health insurance for my/our child/ward and we have elected to purchase the 24 hour student basic accident insurance plan or the school time basic accident insurance plan from Florida School Insurance. See their website for application: **www.floridaschoolinsurance.com**

I/WE HAVE READ THIS CAREFULLY AND KNOW IT CONTAINS A RELEASE.

Name of Parent (Printed)

Signature of Parent

Date

Name of Parent (Printed)

Signature of Parent

Date

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.

	Sí	No		Sí	No	
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?	___	___				
18. ¿Alguna vez el médico le ha denegado o restringido su participación en los deportes por algún problema del cardíaco?	___	___	36. ¿Desea usted pesar más o menos de lo que pesa ahora?	___	___	
19. ¿Tiene usted actualmente cualquier problema de la piel (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos, ampollas o llagas)?	___	___	37. ¿Pierde usted peso regularmente para cumplir con los requisitos del peso para su deporte?	___	___	
20. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o contusión?	___	___	38. ¿Se siente usted con mucho estrés?	___	___	
21. ¿Ha sido usted alguna vez noqueado, ha quedado inconsciente o perdido la memoria?	___	___	39. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con anemia de célula falciforme?	___	___	
22. ¿Ha sufrido usted alguna vez un ataque?	___	___	40. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con rasgo de célula falciforme?	___	___	
23. ¿Tiene usted dolores de cabeza frecuentes o severos?	___	___	41. Indique las fechas de sus vacunas más recientes para: Tétano: _____ Sarampión: _____ Hepatitis B: _____ Varicela: _____			
24. ¿Ha tenido usted alguna vez adormecimiento u hormigueo en sus brazos, manos, piernas o pies?	___	___	DAMAS SOLAMENTE (opcional)			
25. ¿Ha tenido usted alguna vez dolor agudo, quemazón o compresión de un nervio?	___	___	42. ¿Cuándo fue su primera menstruación? _____			
			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*
MEDICAL			
1. Appearance	_____	_____	_____
2. Eyes/Ears/Nose/Throat	_____	_____	_____
3. Lymph Nodes	_____	_____	_____
4. Heart	_____	_____	_____
5. Pulses	_____	_____	_____
6. Lungs	_____	_____	_____
7. Abdomen	_____	_____	_____
8. Genitalia (males only)	_____	_____	_____
9. Skin	_____	_____	_____
MUSCULOSKELETAL			
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: _____

Based on recommendations developed by the American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine and American Osteopathic Academy for Sports Medicine.

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 y/o 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. 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. 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)