

SECCIÓN 7: RECERTIFICACIÓN POR EL PADRE/TUTOR

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del (los) deporte(s) en la temporada de deporte(s) identificados en la presente por el padre/tutor de cualquier estudiante quien quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar. El Director, o su designado, de la escuela del estudiante nombrado en la presente debe revisar el HISTORIAL DE SALUD SUPLEMENTAL

Si algunas preguntas de HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL son marcadas o encerradas como sí, el estudiante nombrado en la presente debe requerir que el estudiante complete la sección 8, recertificación por un médico certificado de medicina o medicina osteopatía, al director, o su designado, de la escuela del estudiante.

HISTORIAL MEDICO ADICIONAL

Nombre del estudiante _____ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: ____/____/____ Edad del estudiante en su último cumpleaños: ____ Grado para el año escolar actual: _____

Deporte(s) de invierno: _____ Deporte(s) de primavera: _____

CAMBIOS A LA INFORMACION PERSONAL (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información personal establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia)

Dirección residencial actual _____

Número telefónico privado actual () _____ Núm. de celular actual del padre/tutor () _____

CAMBIOS A LA INFORMACION DE EMERGENCIA (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información de emergencia establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia)

Nombre del padre o tutor _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia () _____

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia () _____

Compañía de Seguro Médico _____ Número de Póliza _____

Dirección _____ Núm. de Teléfono () _____

Nombre del Médico de Cabecera _____, MD o DO (seleccione uno)

Dirección _____ Núm. de Teléfono () _____

HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL:

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario. Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

	Sí	No		Sí	No
1. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido una enfermedad y/o lesión que requiera atención médica de un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha tenido algunos episodios de falta de respiración, falta de respiración inexplicables, síncopas y/o dolor de pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desde la culminación de CIPPE ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, tímber, mareos) o lesión cerebral traumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Desde la culminación del CIPPE, esta tomando algunos medicamentos o pastillas prescritas NUEVOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha usted tendido episodios de mareo, perdido el conocimiento y/o quedado inconciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#s	Explique aquí las respuestas "Sí":

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del Estudiante _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____