

■ **ATLETISMO DE SEQUOIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**
■ **EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN**



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones
- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción, con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

- Medicamento elegible para ciertos deportes

- No es medicamento elegible pendiente de una evaluación adicional
- No es medicamento elegible para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física de preparticipación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de la salud (imprenta o teclado): _____ Fecha del examen: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP, o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Otra información: _____

Contactos de emergencia: _____

