

Forma de Historial Anual

Para ser completada por los Padres/Tutores:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Grado: _____ Escuela: _____
Domicilio: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____
Teléfono de Contacto: Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____
Nombre del Médico: _____
En caso de emergencia, favor de contactar a: _____ Teléfono: _____
Parentesco/Relación: _____ Teléfono Celular: _____

Historial Médico: Marque las respuestas que apliquen, favor de explicar aquellas que marcó **SÍ**

Durante el año pasado, _____ (Nombre del Estudiante):

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1. Ha tenido heridas que requieran atención médica | SÍ | No | _____ |
| 2. Ha tenido enfermedades que duren más de una semana | SÍ | No | _____ |
| 3. Está bajo el cuidado de un médico ahora | SÍ | No | _____ |
| 4. Toma medicinas actualmente | SÍ | No | _____ |
| 5. Usa lentes regulares o lentes de contacto | SÍ | No | _____ |
| 6. Ha tenido una intervención quirúrgica (operación) | SÍ | No | _____ |
| 7. Ha estado en el hospital (excepto por anginas) | SÍ | No | _____ |
| 8. ¿Conoce usted alguna razón por la que su hijo/hija no debería participar en atletismo? | SÍ | No | _____ |
| 9. Es alérgico(a) a algún medicamento | SÍ | No | _____ |

Talón de Permiso de Padres/Tutores:

Yo quiero que mi () hijo o () hija tenga el privilegio de participar en competencias de atletismo escolar. Por lo tanto _____ (Nombre del Estudiante), tiene mi permiso para competir en eventos de atletismo aprobados por la Junta Educativa del Distrito Escolar local y de ser transportado(a) de acuerdo a las Políticas de transporte del Distrito.

Aunque espero que las autoridades escolares tomen todas las precauciones razonables para evitar accidentes, entiendo que siempre existen riesgos de lesiones o heridas cuando se participa en atletismo, y que el Distrito no asume ninguna obligación financiera por aquellas lesiones que ocurran. Estoy en el entendido de que los estudiantes son responsables por todo el equipo, propiedad de la escuela que se les preste.

Arreglos de Seguro:

Mi hijo/hija tiene cobertura completa de seguro médico por parte de sus Padres/Tutores, y la escuela no será responsable de ninguna lesión que ocurra durante las actividades de atletismo o el traslado a dichas actividades.

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ # de Póliza _____
Firma de los Padres/Tutores: _____ Fecha: _____