

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 "SI" 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, silvancias 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, tímbrre, 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 "SI":

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 ___/___/___

Sección 8: Recertificación por un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía

Este formulario debe ser completada por cualquier estudiante quien, después de completar las secciones del 1 al 6 de este formulario CIPPE, requiere tratamiento médico de un médico certificado en medicina o medicina de osteopatía. La sección 8 debe ser completada en cualquier momento después de completar tal tratamiento médico. Al terminar, el formulario debe ser entregado al **Director, o el asignado por el director, de la escuela del estudiante**, quien, en cumplimiento al ARTÍCULO X, ADMINISTRACION Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y deberes del director, subsección C, de la Constitución PIAA, debe "excluir cualquier concursante quien sufrido una enfermedad o lesión seria hasta que el concursante sea declarado físicamente saludable por el médico en medicina certificado o medicina de osteopatía de la escuela o si ninguno es empleado, por otro medico certificado de medicina o medicina de osteopatía.

NOTA: El médico completando este formulario primero debe revisar las secciones 5 y 6 del estudiante aquí nombrado previamente completado el formulario CIPPE. La sección 7 también debe ser revisada si ambas 1) este formulario es usado por el estudiante aquí nombrado para participar en prácticas, practicas interescolares, prácticas, y/o competencias en la siguientes temporada de deportes en el mismo año escolar Y 2) el estudiante aquí nombrado ya sea que marcó si o encerró cualesquier preguntas de historial de salud suplementario en la sección 7.

Si el médico que completa este formulario está aprobando al estudiante nombrado en la presente subsiguiente a que el estudiante sostuvo una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática, ese médico debe estar suficientemente familiarizado con el control de la conmoción cerebral actual al grado que este puede certificar que todos los aspectos de evaluación, tratamiento y riesgo de la lesión han sido cubiertos completamente por ese médico.

Nombre del alumno: _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en _____ Escuela _____

Condición (es) tratadas desde la conclusión del formulario CIPPE del estudiante nombrado en la presente: _____

A. AUTORIZACIÓN GENERAL: En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional sin restricciones, excepto aquellas, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante.

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) _____ Numero de licencia _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma del médico _____ MD o DO (encierre uno) _____ Fecha _____

B. AUTORIZACIÓN LIMITADA: En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional además de las restricciones, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) _____ Numero de licencia _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma del médico _____ MD o DO (encierre uno) _____ Fecha _____