

RECONOCIMIENTO Y ASUNCION DE RIESGO POTENCIAL CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTAR Y TRATAR Voluntario Evento Deportivos/Actividad

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER ALTERADO DE ALGUNA MANERA

El Permiso para la Participación Voluntaria

_____ tiene mi permiso para participar en las actividades enumeradas a continuación.
(Verificar todo lo que pueda aplicar):

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Futbol Americano | <input type="checkbox"/> Voleibol | <input type="checkbox"/> A campo Travesía | <input type="checkbox"/> Tenis | <input type="checkbox"/> Natación | <input type="checkbox"/> Porristas |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> Luchas | <input type="checkbox"/> Futbol | <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Softbol | <input type="checkbox"/> Pista y Campo <input type="checkbox"/> _____ |

Entiendo perfectamente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria y no se requiere;
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito; y
3. La revocación no es efectiva hasta que la recepción es reconocida por el distrito escolar.
4. _____ (deporte o actividad), por su propia naturaleza, representa algún riesgo inherente de un participante que este gravemente herido. Estas lesiones pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:
5. El viaje de estudio / excursión puede incluir pero no se limitara a:

a. Esguince/torceduras	c. Cortes/abrasiones	e. Parálisis	g. Lesiones en la cabeza	i. Muerte
b. Los huesos fracturados	d. Inconsciencia	f. Desfiguración	h. Perdida de la vista	

Consentimiento para el Transporte

En conformidad con el Código de Educación de California, Sección 35350, mi firma da permiso para el transporte (si es aplicable).

Consentimiento para Tratar

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para el examen de rayos X, anestesia, diagnostico o tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica, o dental se considera necesario en el mejor juicio de los médicos a cargo y /o dentista y realiza o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital, centro u oficina proporcionar servicios médicos y /o dentales.

Inicial en todas las casillas correspondientes a continuación y proporcionar información adicional cuando sea necesario.

- _____ No hay problemas especiales que el personal debe tener en cuenta y no hay medicamentos que deben ser administrados.
- _____ El siguiente medicamento(s) es/son para ser administrados durante esta actividad: _____. Instrucción escrita de un médico sobre dispensar se debe adjuntar a este formulario. Todas las recetas, con excepción de aquellas que deben estar siempre en la persona del estudiante en caso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.
- _____ Mi hijo tiene alergias, un problema médico especial, u otros factores que participan-limitante, de los cuales el personal debe ser consciente: _____.
- _____ No transfusión de sangre o productos de sangre deben ser dados.

Evaluación física previa y examen, seguro e información de contacto

Se requiere una evaluación y examen físico previo a la participación de todos los participantes en los campos de juego, incluidas las porristas. Los miembros de la banda, los manejadores de equipo y los estudiantes de ROP (es decir, los participantes que no juegan el campo) están exentos de un examen médico. El examen de evaluación física previa a la participación y el formulario de examen físico previo a la participación se completaron el ___/___/___ por _____.

Bajo la ley estatal, se requiere que los distritos escolares se aseguren de que todos los miembros de los equipos atléticos escolares tengan seguro contra lesiones que cubra los gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en programas de seguro de salud patrocinado por el gobierno federal, local, estatal, sin costo o bajo costo. La información sobre estos programas puede ser obtenida llamando al 1-888-747-1222.

Portador del seguro médico principal del alumno: _____ Numero de Póliza: _____

Médico principal del alumno: _____ Número de teléfono del médico: _____

Entiendo perfectamente que mi estudiante debe cumplir con todas las normas y reglamentos de conducta durante esta actividad. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar que la escuela se ponga en contacto conmigo para organizar el transporte a casa para mi hijo a mi gasto completo. Estoy de acuerdo en mantener el _____ Distrito Escolar, sus empleados, agentes ,voluntarios y/ o patrocinadores, y cualquier otra persona, empresa o corporación cargada o cargo con responsabilidades o libre de responsabilidad y de cualquier y todos los reclamos, demandas, danos, costos, gastos, perdida de servicios, la acción y las causas de acción resultante de la utilización de las instalaciones, el equipo y la participación de mi hijo(a) en la actividad mencionada anteriormente.

Teléfono Principal: _____ Nombre de contacto alternativo y teléfono _____

Dirección principal: _____

 Firma del padre/ Tutor Legal o Estudiante mayor de 18 ano Fecha