

Solicitud de Atletism para Estudiantes-Atletas

PAQUETE COMPLETO DE EVALUACIÓN FÍSICA

COMPLETE EL SIGUIENTE PAQUETE SI EL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO DEL ESTUDIANTE-ATLETA FUE MÁS DE 365 DÍAS DESDE EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICA.

HAY DOS PARTES EN LA SOLICITUD DE ATLETISMO DEL DISTRITO ESCOLAR DE MANASQUAN:

EN LÍNEA:

Visite el Portal para Padres de Genesis y seleccione la pestaña "Formularios". Verás disponible una aplicación específica para la temporada deportiva. Esta solicitud solo se puede completar una vez por estudiante-atleta por temporada. En la solicitud en línea se incluyen los siguientes componentes:

- 1. SOLICITUD Y ACUERDO DEPORTIVO
- 2. PREGUNTAS SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO
- 3. POLÍTICA DE PRUEBAS DE ESTEROIDES DE NJSIAA
- 4. POLÍTICA DE CONMOCIONES CEREBRALES DE NJSIAA
- 5. POLÍTICA DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA DE LA NJSIAA
- 6. POLÍTICA DE OPIOIDES DE NJSIAA
- 7. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

PAPEL:

Todos los estudiantes que planean participar en deportes deben tener un examen físico deportivo completo por año.

De acuerdo con el N.J.A.C. 6A:16-2.2 et.seq. Cada candidato para un equipo atlético escolar debe someterse a un examen médico dentro de los 365 días anteriores a la primera sesión de práctica. Se deben utilizar los formularios dentro de este paquete, proporcionados por Manasquan y NJSIAA. No se aceptan sustitutos, como notas del médico u otras formas físicas. Las evaluaciones físicas deben ser completadas y firmadas por un médico con licencia para ejercer la medicina (MD, DO), una enfermera practicante o un asistente médico que trabaje con un médico. Si tiene lentes correctivos, tráigalos con usted, ya que se requiere un examen de la vista para participar en deportes.

- FORMULARIO DE HISTORIA (págs. 2-3) Completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor antes de la cita / mantenido por el médico.
- FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO (p. 4) Completado y firmado por el médico / conservado por el médico.
- FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA (p. 8) Completado y firmado por el médico / devuelto a la escuela.

Formularios adicionales, si es necesario:

- FORMULARIO DE ATLETAS CON DISCAPACIDADES (p. 5) Completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor / mantenido por el médico.
- AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS (p. 7) Firmada por el padre/tutor y el proveedor médico/regresó a la escuela.

Una vez completado y firmado apropiadamente, solo el FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA (p. 8) debe ser devuelto a la escuela, así como el formulario de Autorización de Medicamentos (p. 7) si es necesario. El proveedor de atención médica debe conservar el Formulario de Historial, el Formulario de Examen Físico y el Formulario de Atletas con Discapacidades y no devolverlos a la escuela. La documentación médica debe entregarse en su forma original. No se aceptarán documentos enviados por correo electrónico o fax. La enfermera de la escuela y el médico de la escuela evaluarán el examen. Cualquier omisión puede retrasar el proceso de preparticipación. Espere una semana para que el médico de la escuela apruebe el examen físico.

PUEDE VERIFICAR EL ESTADO DE AUTORIZACIÓN DE SU ESTUDIANTE EN GENESIS EN LA PESTAÑA "ATLETISMO".

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.				
Nombre:		_ Fecha de nacir	niento:	
	Deporte(s):			
Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual):	Oģ	on cuál género se i	identifica? (F, M u otro):	
¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) ☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una op Mencione los padecimientos médicos pasados y actuale	oción): 🗆 Sí 🗆 No 🗆 Tres dos	is □ Fecha de la do	sis de refuerzo	
¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta e previas.		•	as sus cirugías	
Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medico y nutricionales) que consume. ¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirm mento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de inse	ativa, haga una			
Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia e.		no de los siguientes	problemas de salud? (E	ncierre en un
círculo la respuesta)	,	Varios días	Más de la	Casi todos
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3
(Una suma ≥3 se conside [preguntas 1 y 2 o pregu	•	•		

(Dé cont	PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
	GUNTAS SOBRE SU SALUD DIOVASCULAR	Sí	No
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

	GUNTAS SOBRE SU SALUD DIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)	Sí	No
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electroc- ardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

	GUNTAS SOBRE LA SALUD DIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
	GUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ICULACIONES		Sí	No
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o ur lesión en un hueso, músculo, ligamento, articul o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le cau molestia?	sa		
PREC	GUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
1 <i>7</i> .	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otr órgano?	ro		
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia doloroso la zona inguinal?	a en		
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o qua parecen y desaparecen, incluyendo el herpe Staphylococcus aureus resistente a la meticilin (MRSA)?	s o		

	GUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS NTINUACIÓN)	Sí	No	
20.	20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21.	21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?			
24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25.	25. ¿Le preocupa su peso?			
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PRE	GUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL N/A	Sí	No	
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			
	orcione una explicación aquí para las pregunt que contestó "Sí".	as e	n	

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta:	 _
Firma del padre o tutor:	 _
Fecha	SIGN HERE

© 2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

Name:			[Date of birth:	
 Do you feel stree Do you ever fee Do you feel safe Have you ever to During the past Do you drink all Have you ever to Have you ever to Do you wear all 	al questions on more-sensitive essed out or under a lot of pro- el sad, hopeless, depressed, e at your home or residenced tried cigarettes, e-cigarettes, 30 days, did you use chewi cohol or use any other drug- taken anabolic steroids or use taken any supplements to he seat belt, use a helmet, and	essure? or anxious? ? chewing tobacco, snuff, or di ing tobacco, snuff, or dip? s? sed any other performance-er lp you gain or lose weight or	hancing supplement	ent? formance?	
EXAMINATION					
Height:	Weight:				
BP: / (/) Pulse:	Vision: R 20/	L 20/	Corrected:	/ □N
COVID-19 VACCINE					
,	VID-19 vaccine: \square Y \square				. 1.45
	9 vaccine at this visit:	′ □ N If yes: □ First dose	☐ Second dose		
MEDICAL Appearance				NORMA	AL ABNORMAL FINDINGS
 Martan stigmata (k) myopia, mitral valv. Eyes, ears, nose, and the Pupils equal Hearing 	e prolapse [MVP], and aorti	alate, pectus excavatum, arad c insufficiency)	chnodactyly, hype	rlaxify,	
Lymph nodes					
Heart ^a					
 Murmurs (auscultati 	ion standing, auscultation su	pine, and ± Valsalva maneuv	er)		
Lungs					
Abdomen					
Skin Herpes simplex viru tinea corporis	is (HSV), lesions suggestive c	of methicillin-resistant Staphylo	ococcus aureus (N	IRSA), or	
Neurological					
MUSCULOSKELETAL				NORMA	AL ABNORMAL FINDINGS
Neck					
Back					
Shoulder and arm					
Elbow and forearm					
Wrist, hand, and finger	rs				
Hip and thigh Knee					
Knee Leg and ankle					
Foot and toes				+	
Functional				+	
	st, single-leg squat test, and	box drop or step drop test			
	graphy (ECG), echocardiogr	raphy, referral to a cardiologi	st for abnormal co	ardiac history or exa	mination findings, or a comb
nation of those.	ofessional (print or time)				Date:
				-I	Duic
ddress:					

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name:Date of birth:		
1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:	١	
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		<u> </u>
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
II. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		
Explain "Yes" answers here.		
Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:		
	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Additional instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
·		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one)		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in arms or hands Recent change in coordination Recent change in ability to walk		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida Latex allergy		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida Latex allergy		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida Latex allergy Explain "Yes" answers here.	correc	;t.
Radiographic (x-ray) evaluation for adantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida Latex allergy Explain "Yes" answers here. I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and Signature ofathlete:	correc	;t.
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability Dislocated joints (more than one) Easy bleeding Enlarged spleen Hepatitis Osteopenia or osteoporosis Difficulty controlling bowel Difficulty controlling bladder Numbness or tingling in arms or hands Numbness or tingling in legs or feet Weakness in arms or hands Weakness in legs or feet Recent change in coordination Recent change in ability to walk Spina bifida Latex allergy Explain "Yes" answers here. I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and	correc	it.

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

SIGN HERE

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



Antes de que las enfermeras escolares administren cualquier medicamento, la oficina de salud deberá tener archivado un Formulario de Autorización de Medicamentos para el estudiante involucrado, preparado por el prescriptor autorizado que atiende al estudiante de conformidad con el Manasquan procedimientos del Distrito Escolar, y firmados por el padre/tutor del estudiante.

Siempre que sea posible, el padre/tutor debe planificar que los medicamentos se administren en casa, antes y/o después del horario escolar. En situaciones en las que la salud de un estudiante podría verse comprometida por no recibir medicamentos durante el horario escolar, se deben seguir los procedimientos del distrito escolar para administrar todos los medicamentos.

- 1. Los medicamentos se definen como medicamentos recetados o de venta libre (de venta libre), incluidas las vitaminas y los suplementos.
- 2. La administración de cualquier medicamento requiere tanto la orden escrita de un médico como el permiso firmado por los padres.
- 3. Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por una farmacia o un médico. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original, sellados y sin abrir con la etiqueta del fabricante, claramente marcados con el nombre del estudiante.
- 4. Es responsabilidad de los padres/tutores llevar el medicamento a la escuela.
- 5. odos los medicamentos que se tomen durante el horario escolar se guardarán en la oficina de la enfermera escolar. Es responsabilidad del estudiante presentarse en la oficina de la enfermera en el momento adecuado para recibir su medicamento. A los estudiantes se les permite llevar y autoadministrarse medicamentos para el asma o pueden usar un autoinyector de epinefrina para la anafilaxia solo después de que se notifique a la escuela, el padre/tutor y el médico del estudiante hayan firmado el Formulario de autorización de medicamentos y haya sido aprobado por nuestro médico escolar.
- 6. El padre/tutor debe asumir la responsabilidad de informar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambio en la medicación. Cualquier cambio de medicamento debe ir acompañado de una orden médica.
- 7. Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor en o antes del último día de clases. Los medicamentos que no se recojan serán desechados. La autorización de medicamentos debe renovarse, si es necesario, cada año escolar.
- 8. El distrito escolar no puede dispensar medicamentos sin que el Formulario de Autorización de Medicamentos haya sido recibido, revisado y aprobado. Es aconsejable completarlo y enviarlo por correo a la Oficina de la Enfermera Escolar en agosto para el próximo año escolar.

Tenga en cuenta: Cualquier información que falte en el Formulario de Autorización de Medicamentos lo dejará incompleto y será devuelto al padre/tutor para su corrección, lo que puede retrasar la implementación de un plan de tratamiento farmacológico

Si es necesario, debe ser completado y firmado por el padre/tutor y el médico y devuelto a la escuela. Tenga en cuenta: Las plumas episcópicas y los inhaladores deben ir acompañados de un Plan de Acción de Emergencia, que se puede encontrar en nuestro sitio web de Servicios de Salud.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante:					
Fecha de nacimiento:	Grado: _	Sexo:			
Domicilio:					
Nombre del padre/tutor: _					
# de contacto:					
Solicito (nosotros) autorización hijo, mientras está en la escu informa a los padres del niño lesión por automedicación. P MBOE contra cualquier lesión	ela, según lo prescrito p mencionado que el dis or la presente firmo qu	oor nuestro méd trito no incurrirá e he leído la dec	ico privado. Por la p en responsabilidad laración anterior y ε	oresente, el BOE de Ma I como resultado de ni eximiré de responsabili	nasquan nguna
Firmado				_ Date	SIGN HERI
A SER LLENADO POR EL Diagnosis:	· 	_Name of Med	ication:		
Dosage, Form & Time:					
If given prn, describe indica	ations:		When can it be	repeated?	
Significant side effects incl	ude:				
Is this medication for a life	-threatening illness?	Is the	child authorized t	o self- administer? _	
Has the child been trained	by the healthcare pro	ovider?			
Length of time this order is	valid (may NOT exce	ed school year):		
Physician's Signature:				Oate:	SIGN HERE
Physician's Stamp:					
APROBACIÓN DE	L MÉDICO DE LA ESC	UELA (APPROV	AL OF SCHOOL PH	HYSICIAN)	
I have reviewed the a medication as ordere	•		ool nurse to admir	nister the prescribed	
School Physician's Sig	nature		Da	ate:	

Formulario de Elegibilidad Médica de Evaluación Física Previa a la Participación

El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe enviarse a la escuela. Debe mantenerse en el archivo con el registro de salud de la escuela del estudiante.

Student	t Athlete's Name	Date of	`Birth	
Date of	f Exam			
0	Medically eligible for all sports without restrict	on		
0	Medically eligible for all sports without restricts	on with recommendatio	ons for further evaluation or treatment of	
0	Medically eligible for certain sports			
0	Not medically eligible pending further evaluat	on		
0	Not medically eligible for any sports			
Recom	mendations:			
the phy condition resolve	does not have apparent clinical contraindications visical examination findings- are on record in my o ons arise after the athlete has been cleared for parted and the potential consequences are completely examination.	ffice and can be made avicipation, the physician explained to the athlete (s	vailable to the school at the request of the may rescind the medical eligibility until t and parents or guardians).	e parents. If the problem is
_	ure of physician, APN, PA		Office stamp (optional)	SIGN HER
Addres	ss:			
Name o	of healthcare professional (print)			
I certify Educati	y I have completed the Cardiac Assessment Profesion.	sional Development Mo	dule developed by the New Jersey Depar	tment of
Signatu	ure of healthcare provider			SIGN HE
	S	hared Health Informati	ion	
Allergi	es			
) (1°				
Medica	itions:			
Other inf	formation:			
Emergeno	cy Contacts:			

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.