

TARJETA DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD Y ATLETISMO DE MENASHA HS

ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO ANUALMENTE ANTES DE PUEDA HABER PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN CUALQUIER PROGRAMA DEPORTIVO.

NOMBRE _____ GRADO _____ GENERO: M ___ F ___
Apellido Nombre

DEPORTE EN QUE VA A PARTICIPAR EN: _____
EL OTOÑO EL INVIERNO LA PRIMAVERA

AUTORIZACIÓN PARA EL AÑO ALTERNO – Año escolar 20 ____ -20 ____

FECHA del examen médico deportivo más reciente: _____
(Si usted no recuerda la fecha, llame a la oficina de actividades para conocer la fecha de la autorización del año pasado.)

1. El examen médico tomado *después del 1 de abril* es válido para los siguientes **DOS AÑOS ESCOLARES**.
2. El examen médico *antes del 1 de abril* es válido para el resto del **AÑO ESCOLAR** actual y el **AÑO ESCOLAR SIGUIENTE**.
 1. Por medio de la presente doy autorización para que el estudiante mencionado arriba practique, compita y represente la escuela en los deportes aprobados por WIAA.
 2. También doy fe de que el estudiante mencionado anteriormente no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente grave como para justificar una evaluación médica antes de participar este año escolar.
 3. Además, doy autorización para que cualquier expediente médico relacionado con la salud del estudiante mencionado anteriormente esté disponible según sea necesario para el personal del distrito escolar y los proveedores de atención médica pertinentes, incluido el personal médico de emergencia.

PADRE/TUTOR: Si hay alguna duda con respecto a si este estudiante puede no estar calificado para la competencia atlética y/o de actividades sin al menos una reevaluación parcial, por favor comuníquese con su asesor médico antes de firmar esta tarjeta.

(Firma de padre/tutor)

(Fecha)

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PADRE/TUTOR _____
NOMBRE APELLIDO TELÉFONO

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

DOCTOR _____ DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA _____ TELÉFONO _____

NOMBRE DE SEGURO MEDICO _____ # DE PÓLIZA O GRUPO _____

ALERGIAS O REACCIONES ALÉRGICAS _____

CONDICIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y DESPUÉS DE INTENTAR CONTACTAR A LOS PADRES, LOS OFICIALES ESCOLARES DEBEN LLAMAR A LA SIGUIENTE PERSONA:

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO AL MÉDICO PARA QUE REALICE CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO. ENTIENDO QUE EL MÉDICO HARÁ TODO LO POSIBLE PARA CONTACTARME LO ANTES POSIBLE. TAMBIÉN OTORGÓ PERMISO AL ENTRENADOR DEPORTIVO PARA PROPORCIONAR EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA NECESARIO AL ATLETA ANTES DE SU ADMISIÓN AL CENTRO MÉDICO.

FIRMA DE PADRE/TUTOR

FECHA

SEGURO MÉDICO

Todos los estudiantes deben tener cobertura de seguro médico vigente. Al firmar abajo, usted está indicando que su estudiante tiene cobertura de seguro médico vigente o que usted acepta el costo de cualquier lesión incurrida con la participación. El Distrito escolar de Menasha no patrocina un plan de seguro médico. El Distrito escolar pone a disposición un plan de seguro médico a través de una agencia local. Esta información está disponible en la oficina de actividades de la escuela preparatoria de Menasha.

Entiendo y estoy de acuerdo con la información relacionada con el seguro médico

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE MENASHA

Escuela Menasha High School

Código de conducta para actividades co-curriculares, reglamento de elegibilidad WIAA e información relacionada con las conmociones cerebrales

Este formulario tiene que ser diligenciado y enviado a la oficina de actividades antes de que haya participación del estudiante en cualquier actividad co-curricular.

El estudiante

He recibido una copia del Código de Conducta de Actividades Co-curriculares y las reglas de elegibilidad WIAA, las he leído y entiendo que:

Como estudiante, comprendo que mi participación en las actividades co-curriculares son un privilegio y por eso, estoy de acuerdo con que voy a cumplir con el Código de Conducta para Actividades Co-curriculares de la Escuela Menasha High School. También certifico con mi firma que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las reglas de elegibilidad WIAA y me comprometo a cumplir con ellas. He leído y entiendo el documento de indicios y síntomas de conmociones cerebrales y reconozco la responsabilidad que tengo acerca de informar a mis entrenadores, padres/guardianes de cualquier indicio o síntomas de una conmoción cerebral. Además, certifico que si hay algo en el documento que no he entendido, que he buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este compromiso.

Estudiante: (nombre en letra suelta) _____ Firma: _____

El padre o tutor

He recibido una copia del Código de Conducta de Actividades Co-curriculares y las reglas de elegibilidad WIAA, las he leído y entiendo que: .

Como padre o tutor, entiendo que la participación de mi estudiante en las actividades co-curriculares es un privilegio y por eso, estoy de acuerdo con que él va a cumplir con el Código de Conducta para Actividades Co-Curriculares de la Escuela Menasha High School. También certifico con mi firma que he leído y entendido las reglas de elegibilidad WIAA y el documento de indicios y síntomas de conmociones cerebrales y me comprometo a cumplir con ellas. He buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este compromiso. Voy a hacer todo lo posible para que mi estudiante cumpla con este reglamento y preceptos. Doy mi autorización para que mi estudiante reciba el tratamiento médico de emergencia y los primeros auxilios si son necesarios. Doy mi autorización a la Oficina de Actividades para que provea mi dirección de domicilio y número de teléfono a las organizaciones que patrocinan las actividades co-curriculares en el Distrito Escolar de Menasha. Este acuerdo es vigente hasta la graduación de mi estudiante de la escuela preparatoria.

Padre/Tutor: (nombre en letra suelta) _____ Firma de padre o tutor: _____

THEDACARE

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Table with 3 columns: Nombre del atleta, Fecha de nacimiento, Dirección. Below it, 'Autorizo la divulgación de información de:' and 'Información enviada a:' with details for Theda Care and Menasha High School.

La información compartida incluye: Cualquier información relacionada con la salud del estudiante que afecte su habilidad para participar en los deportes. Esta podría incluir información de lesiones (como torcedura), cirugías (como reconstrucción de LCA, reparación de músculo rotador), contusiones (resultados del examen ImpACT) o condiciones médicas (como asma).

Razón de información médica: El objetivo de esta autorización es informar al personal deportivo acerca de las limitaciones de salud del estudiante y sus habilidades físicas para poder seguir participando en deportes de manera segura.

Entiendo que si las personas nombradas arriba no son proveedores de atención médica, que tienen que cumplir con los estándares federales de privacidad, la información compartida podría ser re-compartida sin necesidad de mi autorización.

SUS DERECHOS CON RESPETO A ESTA AUTORIZACIÓN SON:

- Derecho de revisar o copiar la información usada o compartida - Entiendo que tengo el derecho de revisar o copiar la información de salud que he autorizado en este permiso. Puedo pedir una revisión o una copia de la información de salud, contactando con el departamento de información de salud.
- Derecho a recibir una copia de esta autorización - Entiendo que al firmar esta autorización, lo cual no es obligatorio, tengo el derecho de recibir una copia.
- Derecho a negarme a firmar esta autorización: entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y que la (s) persona (s) u organización (es) mencionadas anteriormente y a quienes autorizo a usar y / o divulgar mi información, no pueden condicionar tratamiento médico, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.
- Derecho a retirar mi autorización - Entiendo que es necesaria una notificación escrita para cancelar la autorización. Para obtener información acerca de cómo retirar mi autorización o para obtener una copia del pedido de retirar mi autorización, puedo contactar al departamento de información de salud. Entiendo que el retirar mi autorización no afecta la información ya compartida a las personas descritas arriba.

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma abajo. He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario. Al firmar esta autorización, confirmo que la autorización refleja mis deseos.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____