



# School Participation Following Injury

## Participación y Seguimiento de la Escuela a la Lesión

**Student Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento

**School** \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_\_ **Teacher** \_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela Grado Maestro/a

**Diagnosis** \_\_\_\_\_ **Date of Injury** \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Fecha de la lesión

**The above-named student may return to school on** \_\_\_\_\_  
El estudiante arriba mencionado puede regresar a la escuela a

**Student will return to school with:**  No Assistive Device

Es estudiante regresar a la escuela con: No hay ningún dispositivo de asistencia

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Wheelchair<br>Silla de ruedas          | <input type="radio"/> Cast<br>Molde       | <input type="radio"/> Crutches<br>Muletas | <input type="radio"/> Walking Boot<br>Arranque de caminar | <input type="radio"/> Brace<br>Aparato ortopédico |
| <input type="radio"/> Sutures<br>Suturas                     | <input type="radio"/> Walker<br>Caminante | <input type="radio"/> Sling<br>Esling     | <input type="radio"/> Elastic Bandage<br>Venda elástica   | <input type="radio"/> Splint<br>Cabestrillo       |
| <input type="radio"/> Other Device _____<br>Otro dispositivo |   |   |   |   |

**I have examined the above named student and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations:** He examinado el estudiante arriba mencionado y le cuenta/ella pueden participar las actividades escolares irregular con las siguientes recomendaciones:

**Recommendations for Recess:**  May participate  May not participate  May not participate, but may circulate with peers  Other \_\_\_\_\_

Recomendaciones para el recreo:  Podrán participar  No podrán participar  No podrán participar, pero se puede circular con sus compañeros  Otro \_\_\_\_\_

**Recommendations for Physical Education:**  May participate  May not participate  May participate with limitations (please describe):

Recomendaciones para a Educación Física:  Podrán participar  No podrán participar  Podrán participar con limitaciones (por favor describa):

**If there is a field trip scheduled, is student allowed to participate?**  May participate  May not participate

**Above recommendations to be in effect until (date)** \_\_\_\_\_

Recomendaciones anteriores para estar en vigor hasta (fecha)

**Comments/Additional Instructions:** \_\_\_\_\_

Comentarios/Instrucciones adicionales

**Authorized Health Care Provider Signature** \_\_\_\_\_ NPI # \_\_\_\_\_

Firma Autorizada proveedor de atención

**Authorized Health Care Provider Name (print clearly)** \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor atención médica autorizado (letra de imprenta)

**Telephone** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Telefono

Fecha

Office Stamp

I give my permission for my child (name) \_\_\_\_\_ to return to school under conditions described above. I give permission for the School Nurse to exchange health-related information with authorized health care provider. *Doy mi permiso para que mi hijo(a)(nombre) \_\_\_\_\_ regrese a la escuela bajo las condiciones descritas anteriormente. Doy permiso para que la Enfermera Escolar/Oficinista de la enfermería intercambie información sobre salud con el proveedor de salud autorizado.*

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Firma del Padre o guardian

Fecha