

Nombre \_\_\_\_\_

# de Estudiante \_\_\_\_\_

Grado 7 8 9 10 11 12

Apellido, Nombre

Circule su deporte(s) y/o actividades

**Otoño:** Fútbol Americano, Voleibol, Fútbol, Carreras a Campo Travesía, Porrista **Invierno:** Baloncesto, Luchas, Natación, Porrista

**Primavera:** Béisbol, Softball, Tenis, Pista de Carreras, Golf, Lacrosse **Actividades:** Banda de Marcha, Color Guard, Drama/Obra, Discurso  
Baile, FFA, FCCLA, DECA, Liderazgo, Generación  
Universitaria

## Póliza de Seguro Médico de Atletismo/Actividades

Antes de que un estudiante pueda participar en actividades extracurriculares (práctica o competencia) él/ella **debe** de ser cubierto por seguro médico. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer cobertura de seguro. Si el participante no está cubierto por un seguro privado, tiene la opción de comprar seguro identificado por el Distrito. El seguro identificado por el Distrito se puede comprar en la oficina de atletismo en la escuela preparatoria. Padres o tutores también tienen la obligación de notificar al director de atlético si el seguro esta cancelado o terminado.

Por favor escriba el nombre y número de póliza de la compañía que cubre a su hijo/a. Si él/ella está cubierto por el seguro del Distrito, escriba seguro escolar.

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

## Autorización para tratamiento y Publicación de Información Médica

Para poder proveer una experiencia segura y agradable para los atletas estudiantiles en la Escuela Preparatoria de Hermiston, se han hecho arreglos para los servicios de entrenamiento atlético. El puesto de nuestro entrenador atlético está financiado por Servicios de Good Shepherd Medical. Entrenamiento atlético está disponible a cualquier y a todos los atletas estudiantiles de la Escuela Preparatoria de Hermiston para evaluación, consultación, y/o tratamiento en caso de una herida o enfermedad o a la petición del atleta, padres, entrenador, administración, o médico personal del paciente.

En el evento de una herida/enfermedad, yo doy permiso para que \_\_\_\_\_ (nombre del atleta estudiantil)

sea tratado por el personal de entrenamiento atlético y/o médico de la Escuela Preparatoria de Hermiston. Yo entiendo que el tratamiento puede incluir evaluación, tratamiento y referencia a otro médico, retener al estudiante de participación de deportes, y/o liberar al estudiante de participación de deportes. También entiendo que el entrenador atlético puede retener a cualquier atleta estudiantil de participación de deportes por una enfermedad o herida, a menos que el estudiante haya sido librado por su médico personal. Esta decisión está basada en preocupación profesional para el atleta estudiantil y/o por la salud y seguridad de otros atletas estudiantiles.

En el evento de una herida/enfermedad, puede ser importante que el entrenador atlético y/o médico compartan información médica con médicos, entrenadores y administración de la escuela preparatoria. Estas heridas/enfermedades pueden o no pueden ser resultados directos de participación atlética. Al firmando abajo, yo autorizo que todos los departamentos del personal profesional atlético (por ejemplo, entrenadores, entrenador atlético y médico), director atlético, personal del departamento atlético, y cualquier otro médico asistiendo compartan/discutan información sobre cualquier herida o condición física que puede afectar la participación atlética del atleta estudiantil identificado en este formulario. Esta información se usará para determinar la elegibilidad médica para participar en atletismo y ayudar con el diagnóstico y tratamiento de cualquier herida o enfermedad que pueda ocurrir durante, o puede afectar la participación de deportes.

Firma de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en molde de padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Información sobre la Conmoción Cerebral

La Ley Max (OAR 581-022-0421) requiere que los distritos Escolares de Oregon implementen nuevas pautas para manejar las conmociones cerebrales en los estudiantes atletas en 2010-2011. Un entrenador no debe permitir que un miembro de un equipo atlético de la escuela participe en cualquier evento deportivo o entrenamiento en el mismo día que el miembro manifieste señales, síntomas o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral después que se haya observado o se sospeche que haya recibido un golpe en la cabeza o en el cuerpo o haya sido diagnosticado que tiene una conmoción cerebral. La Ley de Max y la Póliza del Distrito Escolar de Hermiston aborda las cuatro pautas para el manejo de la conmoción cerebral en los estudiantes atletas: Reconocer, Remover, Referir y Regresar. Cualquier atleta que haya sido diagnosticado con una conmoción cerebral debe recibir un **completo relevo incondicional** de su proveedor médico antes que regrese a participar. Por favor vea el protocolo del Distrito Escolar de Hermiston con relación a la conmoción cerebral.

## Exención de Responsabilidad

Reconozco que he sido aconsejado y advertido por el Distrito que de participar en la actividad de \_\_\_\_\_ mi hijo/a esta expuesto al riesgo de heridas graves incluyendo, pero no limitado al riesgo de torceduras, fracturas y daños de ligamentos y/o cartílagos que puede resultar en una discapacidad temporal o permanente, parcial o completa del uso de los miembros, daño cerebral, parálisis, o hasta muerte de mi hijo/a. Después de haber sido tan advertido, todavía es el deseo de mi hijo/a participar en esta actividad. Si mi hijo/a elija participar en el deporte de arriba, por este medio, reconozco que se y entiendo el riesgo de heridas graves que me estoy exponiendo en este deporte(s).

En consideración de proveer a mi hijo/a la oportunidad de participar en \_\_\_\_\_, mientras reconozco completamente los peligros y riesgos inherentes en participar en el deporte ya mencionado y cualquier transportación relacionada a y de eventos, a la máxima extensión permitida por la ley, en nombre de mí mismo y mi estudiante menor, por este medio, yo voluntariamente estoy de acuerdo de retirar y liberar cualquier y todos los reclamos de cualquier naturaleza y la liberación de responsabilidad, completamente y por último, para mí mismo, mi estudiante, nuestras propiedades, nuestros herederos, nuestros administradores, nuestros ejecutores, nuestros cesionarios, nuestros sucesores, y para liberar, exonerar, descargar y eximir al Distrito Escolar de Hermiston, su Mesa de Directores, los miembros individuales de los mismos, y todos los oficiales, agentes, empleados, voluntarios, y representantes de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, causas de acción, o demandas incluyendo cuotas de abogados, que surja de cualquier herida de cualquier tipo, si físico o emocional, a mí, mi estudiante, o a nuestra propiedad, o pérdidas de cualquier tipo que pueden resultar de o con respecto a la participación de mi hijo/a en este deporte. Además, certifico y represento que tengo la autoridad legal para retirar, descargar, liberar, y eximir de responsabilidad a los partidos liberados en nombre de mi estudiante.

**Firma de Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre en molde de padre/tutor legal** \_\_\_\_\_

**Firma del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_