



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA	
DOMICILIO DEL ALUMNO - Número		CALLE		APT #		CIUDAD	
CÓDIGO POSTAL							
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE		APT #		CIUDAD	
CÓDIGO POSTAL							
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
DOMICILIO - número		CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
TEL. DEL TRABAJO							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
TEL. DEL TRABAJO							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
TEL. DEL TRABAJO							
Incluir cualquier otro miembro de la familia que exista a esta escuela:							
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
PARENTEZCO							
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
PARENTEZCO							
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA							
El abajo firmante, como padre/tutor legal de:						menor de edad,	
<i>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</i>							
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.							
ALERTA DE SALUD - Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".							
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Si respondió "SI" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families							
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:							
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al: 1(866)742-2273.							
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :							
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:							
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGÓ MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.							
<input checked="" type="checkbox"/>						FECHA	
FIRMA DE:		(MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL					

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido

marzo 2010

A Cademy

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

Opia Verde - Athletic Director Cop - Amarilla - Entrenador



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español!

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLE EN CASA	
DOMICILIO DEL ALUMNO - Número		CALLE		APT #	CIUDAD
DOMICILIO POSTAL - Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE		APT #	CIUDAD
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE		CIUDAD	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	
DOMICILIO - número		CALLE		CIUDAD	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
CELULAR	ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
TRABAJO	INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarme a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:					
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:					
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA					
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad,					
(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)					
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.					
ALERTA DE SALUD - Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".					
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families					
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____					
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA		
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al: 1(866)742-2273.					
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____					
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____					
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.					
FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL				FECHA	

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

marzo 2010

Corregido

Copia Verde - Athletic Director

Copia Amarilla - Entrenado



CONTRATO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INTIMIDACIÓN

Acuerdo celebrado por el estudiante y el padre/tutor

La **intimidación** y las **novatadas** son asuntos graves. La **intimidación** es cualquier conducta maliciosa o irrespetuosa que tiene el propósito de lastimar a alguien física o emocionalmente. Las **novatadas** son cualquier iniciación a un equipo o grupo que puede causar humillación o un daño físico o emocional.

Hay diferentes tipos de intimidación, lo cual incluye pero no se limita a:

Intimidación física: golpear, patear, empujar, o cualquier otro contacto físico no deseado. La intimidación física grave podría ser considerada un acto punible, tal como agresión física y lesiones.

Intimidación cibernética: utilizar dispositivos electrónicos para avergonzar, propagar rumores, amenazar e intimidar. Esto incluye mandar o enviar mensajes o imágenes inapropiadas en un mensaje de texto, teléfonos móviles o sitios de redes sociales tal como Facebook, Formspring o Twitter. Enviar imágenes sexuales o de personas desnudas podría ser considerado distribución o posesión de pornografía infantil, lo cual es un delito.

Intimidación social, relacional o psicológica: excluir a una persona, rechazar, manipular las relaciones entre personas, calificar o clasificar a las personas, o intentar arruinar la reputación de otra persona.

Intimidación verbal: insultar, tomar el pelo, propagar rumores dañinos o chismes, amenazar o hacer ruidos groseros. Entiendo que a todas las amenazas son tomadas en serio y es posible que se le informe al respecto a una agencia del orden público.

Intimidación no verbal: actitudes, mirar fijamente con hostilidad, mirada maliciosa o impúdica, acechar, destrucción de la propiedad, graffiti, hacer señas de pandillas o esforzarse en alguna otra manera para intimidar o presionar a alguien.

Intimidación indirecta: lograr que alguien le haga algo malicioso o dañino a otra persona en su nombre.

Intimidación sexualizada: toda conducta indeseada o degradante sobre el sexo, la conducta sexual o la orientación sexual. Aún si la persona me gusta debo ser respetuoso en todo momento. La intimidación sexualizada puede ser considerada como un acoso sexual, un incidente basado en el prejuicio o un delito motivado por el odio y puede requerir que se lo investigue en mayor medida.

Intimidación racial/étnica/religiosa: hacer que una persona sea el blanco de algo debido a su raza, grupo étnico, cultura o religión. Este tipo de intimidación puede considerarse como acoso sexual, un incidente basado en el prejuicio o un delito motivado por el odio y puede requerir que se lo investigue en mayor medida.

Intimidación por discapacidad: hacer que una persona sea el blanco de algo debido a que padece de una discapacidad en el aprendizaje o una afección de la salud.

Yo, _____, comprendo que tengo la responsabilidad:

Nombre y apellido del estudiante

- ✓ Respetar y honrar todas las normas escolares
- ✓ Comportarme en una manera respetuosa.
- ✓ Tratar y respetar a los demás en la manera que a mí me gustaría ser tratado.
- ✓ Decirle a la persona que está intimidando "¡Detente!
- ✓ ¡Si estoy intimidando a otros, dejaré de hacerlo ahora mismo! Hay mejores maneras de ser líder y de tener amigos
- ✓ Seré cauteloso. Lo que yo considero una broma se podría interpretar como una intimidación o novatada.
- ✓ Le informaré a un maestro, director o personal de la escuela sobre la intimidación

Todos tenemos derecho de asistir a una escuela que es segura y en la que las personas son respetuosas.

Responsabilidad del estudiante:

Me comprometo a no intimidar. Le informaré a un adulto sobre toda intimidación. Comprendo que si intimo a los demás habrán consecuencias y posiblemente se me suspenda, expulse o arreste. Soy importante. Tengo cosas que aportar. Puedo ser un líder.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE

y Firma

FECHA

Responsabilidad del padre/tutor:

Me comprometo a alentar a mi hijo a ser respetuoso con los demás en todo momento. Le he enseñado a mi hijo a ser un líder positivo. Le he indicado a mi hijo que debe informarme a un adulto o un miembro del personal de la escuela de confianza sobre cualquier tipo de intimidación. Trabajaré con la escuela para encontrar soluciones pacíficas.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

y Firma

FECHA

Cesar E. Chavez Learning Academies – Parent Code of Conduct

*We, the Athletics Staff at Cesar E. Chavez Learning Academies have implemented the following **Sport Parent Code of Conduct** for the important message it holds about the proper role of parents in supporting their child in sports. Parents should read, understand and sign this form prior to their children participating as CCLA athletes. Any parent guilty of improper conduct at any game or practice will be asked to leave the sports facility and be suspended from the following game. Repeat violations may cause a multiple game suspension, or the season forfeiture of the privilege of attending all games.*

Preamble

The essential elements of character-building and ethics in sports are embodied in the concept of sportsmanship and six core principles:

- Trustworthiness,
- Respect,
- Responsibility,
- Fairness,
- Caring, and
- Good Citizenship.

The highest potential of sports is achieved when competition reflects these "six pillars of character."

I therefore agree:

1. I will not force my child to participate in sports.

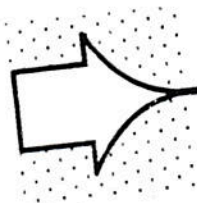
2. I will remember that children participate to have fun and that the game is for youth, not adults.

3. I will inform the coach of any physical disability or ailment that may affect the safety of my child or the safety of others.

4. I (and my guests) will be a positive role model for my child and encourage sportsmanship by showing respect and courtesy, and by demonstrating positive support for all players, coaches, officials and spectators at every game, practice or other sporting event.

5. I (and my guests) will not engage in any kind of unsportsmanlike conduct with any official, coach, **player**, or parent such as booing and taunting; refusing to shake hands; or using profane language or gestures.

**SIGN
HERE**



7. I will not encourage any behaviors or practices that would endanger the health and well-being of the athletes.

8. I will teach my child to play by the rules and to resolve conflicts without resorting to hostility or violence.

9. I will demand that my child treat other players, coaches, officials and spectators with respect regardless of race, creed, color, sex or ability.

10. I will teach my child that doing one's best is more important than winning, so that my child will never feel defeated by the outcome of a game or his/her performance.

11. I will praise my child for competing fairly and trying hard, and make my child feel like a winner every time.

12. I will never ridicule or yell at my child or other participants for making a mistake or losing a competition.

13. I will emphasize skill development and practices and how they benefit my child over winning.

14. I will promote the emotional and physical wellbeing of the athletes ahead of any personal desire I may have for my child to win.

15. I will respect the officials and their authority during games and will never question, discuss, or confront coaches at the game field, and will take time to speak with coaches at an agreed upon time and place.

16. I will demand a sports environment for my child that is free from drugs, tobacco, and alcohol and I will refrain from their use at all sports events.

17. I will refrain from coaching my child or other players during games and practices, unless I am one of the official coaches of the team.

Parent/Guardian Signature **X**

Cesar E. Chavez Learning Academies

“Home of the Eagles”

Dear Parents,

FALL/ WINTER/ SPRING

Cesar E. Chavez Learning Academies (CCLA) athletics continue to establish a rich and rewarding athletic experience for our students. Many student athletes have enjoyed athletic success both at the high school and now at college levels.

Maintaining this athletic legacy is very difficult and expensive. The athletic budget at Cesar E. Chavez and at most high schools is the most expensive to maintain.

Many of our expenses include but are not limited to:

- Coaches Pay
- Transportation Costs
- Equipment Costs
- Uniform Costs
- Umpire Fees
- Supervision Costs
- CIF dues
- Athletic Tournament Fees

To supplement and offset these costs, CCLA expects all students involved in extra-curricular activities (to include athletics) to participate in a Student Body fundraiser during season.

Students will be issued a receipt for all monies turned in. **All money MUST be returned within three weeks.** All students are expected to participate.

If it is a candy drive fundraiser, please be reminded that each student is responsible for each and every candy bar that is checked out and students under the age of 16 may not solicit on the street or door-to-door unless supervised by an adult.

My signature(s) below signifies my understanding of the expectations to participate and sell candy to support the Student Body and Athletic budgets.

Student _____ Sport _____ Academy _____

Parent Signature  _____ Date _____

Checks preferred- please make checks payable to CCLA PTSA



Keep Their Heart in the Game

A Sudden Cardiac Arrest Information Sheet for Athletes and Parents/Guardians

What is sudden cardiac arrest?

Sudden cardiac arrest (SCA) is when the heart stops beating, suddenly and unexpectedly. When this happens blood stops flowing to the brain and other vital organs. SCA is NOT a heart attack. A heart attack is caused by a blockage that stops the flow of blood to the heart. SCA is a malfunction in the heart's electrical system, causing the victim to collapse. The malfunction is caused by a congenital or genetic defect in the heart's structure.

How common is sudden cardiac arrest in the United States?

As the leading cause of death in the U.S., there are more than 300,000 cardiac arrests outside hospitals each year, with nine out of 10 resulting in death. Thousands of sudden cardiac arrests occur among youth, as it is the #2 cause of death under 25 and the #1 killer of student athletes during exercise.

Who is at risk for sudden cardiac arrest?

SCA is more likely to occur during exercise or physical activity, so student-athletes are at greater risk. While a heart condition may have no warning signs, studies show that many young people do have symptoms but neglect to tell an adult. This may be because they are embarrassed, they do not want to jeopardize their playing time, they mistakenly think they're out of shape and need to train harder, or they simply ignore the symptoms, assuming they will "just go away." Additionally, some health history factors increase the risk of SCA.

**Fainting
is the
#1 SYMPTOM
OF A HEART CONDITION**

What should you do if your student-athlete is experiencing any of these symptoms?

We need to let student-athletes know that if they experience any SCA-related symptoms it is crucial to alert an adult and get follow-up care as soon as possible with a primary care physician. If the athlete has any of the SCA risk factors, these should also be discussed with a doctor to determine if further testing is needed. Wait for your doctor's feedback before returning to play, and alert your coach, trainer and school nurse about any diagnosed conditions.

What is an AED?

An automated external defibrillator (AED) is the only way to save a sudden cardiac arrest victim. An AED is a portable, user-friendly device that automatically diagnoses potentially life-threatening heart rhythms and delivers an electric shock to restore normal rhythm. Anyone can operate an AED, regardless of training. Simple audio direction instructs the rescuer when to press a button to deliver the shock, while other AEDs provide an automatic shock if a fatal heart rhythm is detected. A rescuer cannot accidentally hurt a victim with an AED—quick action can only help. AEDs are designed to only shock victims whose hearts need to be restored to a healthy rhythm. Check with your school for locations of on-campus AEDs.



The Cardiac Chain of Survival

On average it takes EMS teams up to 12 minutes to arrive to a cardiac emergency. Every minute delay in attending to a sudden cardiac arrest victim decreases the chance of survival by 10%. Everyone should be prepared to take action in the first minutes of collapse.

Early Recognition of Sudden Cardiac Arrest



Collapsed and unresponsive.
Gasping, gurgling, snorting, moaning or labored breathing noises.
Seizure-like activity.

Early Access to 9-1-1



Confirm unresponsiveness.
Call 9-1-1 and follow emergency dispatcher's instructions.
Call any on-site Emergency Responders.

Early CPR



Begin cardiopulmonary resuscitation (CPR) immediately. Hands-only CPR involves fast and continual two-inch chest compressions—about 100 per minute.

Early Defibrillation



Immediately retrieve and use an automated external defibrillator (AED) as soon as possible to restore the heart to its normal rhythm. Mobile AED units have step-by-step instructions for a bystander to use in an emergency situation.

Early Advanced Care



Emergency Medical Services (EMS) Responders begin advanced life support including additional resuscitative measures and transfer to a hospital.

Cardiac Chain of Survival Courtesy of Parent Heart Watch

Keep Their Heart in the Game

Recognize the Warning Signs & Risk Factors of Sudden Cardiac Arrest (SCA)

Tell Your Coach and Consult Your Doctor if These Conditions are Present in Your Student-Athlete

Potential Indicators That SCA May Occur

- Fainting or seizure, especially during or right after exercise
- Fainting repeatedly or with excitement or startle
- Excessive shortness of breath during exercise
- Racing or fluttering heart palpitations or irregular heartbeat
- Repeated dizziness or lightheadedness
- Chest pain or discomfort with exercise
- Excessive, unexpected fatigue during or after exercise

Factors That Increase the Risk of SCA

- Family history of known heart abnormalities or sudden death before age 50
- Specific family history of Long QT Syndrome, Brugada Syndrome, Hypertrophic Cardiomyopathy, or Arrhythmogenic Right Ventricular Dysplasia (ARVD)
- Family members with unexplained fainting, seizures, drowning or near drowning or car accidents
- Known structural heart abnormality, repaired or unrepaired
- Use of drugs, such as cocaine, inhalants, "recreational" drugs, excessive energy drinks or performance-enhancing supplements

What is CIF doing to help protect student-athletes?

CIF amended its bylaws to include language that adds SCA training to coach certification and practice and game protocol that empowers coaches to remove from play a student-athlete who exhibits fainting—the number one warning sign of a potential heart condition. A student-athlete who has been removed from play after displaying signs or symptoms associated with SCA may not return to play until he or she is evaluated and cleared by a licensed health care provider. Parents, guardians and caregivers are urged to dialogue with student-athletes about their heart health and everyone associated with high school sports should be familiar with the cardiac chain of survival so they are prepared in the event of a cardiac emergency.

I have reviewed and understand the symptoms and warning signs of SCA and the new CIF protocol to incorporate SCA prevention strategies into my student's sports program.

STUDENT-ATHLETE SIGNATURE

PRINT STUDENT-ATHLETE'S NAME

DATE

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

PRINT PARENT/GUARDIAN'S NAME

DATE

For more information about Sudden Cardiac Arrest visit

California Interscholastic Federation
<http://www.cifstate.org>

Eric Paredes Save A Life Foundation
<http://www.epsavealife.org>

CardiacWise (20-minute training video)
<http://www.sportsafetyinternational.org>





Los Angeles Unified School District
Parent/Guardian Publicity Authorization and Release

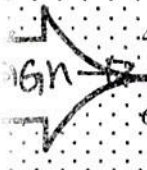
Dear Parent/Guardian:

The Los Angeles Unified School District requests your permission to reproduce through printed, audio, visual, or electronic means activities in which your pupil has participated in his/her education program.

1. Name of Pupil (please print) [] 2. Birthdate (please print) []
3. Name of Parent (please print) []

- a. I, as a parent of guardian, of the above named pupil fully authorize and grant the Los Angeles Unified School District and its authorized representatives, the right to print, photograph, record, and edit as desired, the biographical information, name, image, likeness, and/or voice of the above named pupil on audio, video, film, slide, or any other electronic and printed formats, currently developed, (known as "Recordings"), for the purposes stated or related to the above.
b. I understand and agree that use of such Recordings will be without any compensation to the pupil or the pupil's parent or guardian.
c. I understand and agree that the Los Angeles Unified School District and/or its authorized representatives shall have the exclusive right, title, and interest, including copyright, in the Recordings.
d. I understand and agree that the Los Angeles Unified School District and/or its authorized representatives shall have the unlimited right to use the Recordings for any purposes stated or related to the above.
e. I hereby release and hold harmless the Los Angeles Unified School District and its authorized representatives from any and all actions, claims, damages, costs, or expenses, including attorney's fees, brought by the pupil and/or parent or guardian which relate to or arise out of any use of these Recordings as specified above.

My signature shows that I have read and understand the release and I agree to accept its provisions.



4. Signature of Parent/Guardian [] 5. Date Signed []
6. Address (Number, Street, Apartment Number) []
7. City [] 8. State [] 9. Zip Code []
10. Telephone []

Granting of permission is voluntary. Please return completed form to school.

11. Principal [MY. Elmore - Asst. Principal]
12. School [Chavez - CCLA]

Approved as to form by the Office of the General Counsel.

This form shall not be amended without written approval of both the Office of the General Counsel and the Office of Communications/Public Information

Una concusión es una herida cerebral y todas las heridas cerebrales son graves. Dichas heridas son causadas por un golpe ligero, un golpe fuerte a la cabeza, un movimiento repentino de la cabeza o por un golpe fuerte a otra parte del cuerpo con fuerza que se transmite a la cabeza. Las heridas varían entre ligeras o graves y pueden interrumpir la manera en la que el cerebro funciona. Aunque la mayoría de las concusiones cerebrales son ligeras, **todas las concusiones cerebrales tienen el potencial de ser graves y si no se reconocen y tratan correctamente podrían tener como resultado complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado o la muerte.** Eso quiere decir que cualquier "golpe" a la cabeza podría ser grave. Las concusiones cerebrales no son visibles y en su mayoría las concusiones cerebrales que ocurren durante los deportes no ocasionan la pérdida de conciencia. Las señales y síntomas de una concusión cerebral podrían aparecer inmediatamente después de una herida o después de horas o días. Si su hijo(a) reporta cualquier síntoma de una concusión cerebral, o si se da cuenta de los síntomas de una concusión cerebral, por favor consiga atención médica sin demora.

Los siguientes son algunos de los síntomas de una concusión:

<ul style="list-style-type: none">• Dolor de cabeza• "Presión en la cabeza"• Náusea o vomito• Dolor de cuello• Problemas de equilibrio o mareos• Vision borrosa o vision doble• Sensibilidad a la luz o ruido• Decadido• Adormecido• Mareado• Cambios en los hábitos de dormir	<ul style="list-style-type: none">• Amnesia• "No se siente bien"• Fatiga o energía baja• Tristeza• Nervios o ansiedad• Irritabilidad• Mas sensible• Confundido• Problemas con concentración o memoria (por ejemplo, olvidar las jugadas)• Repetir la misma pregunta o comentario
--	---

Los siguientes síntomas son observados por compañeros, padres y entrenadores:

- Parece desorientado
- Tiene una expresión facial vacía
- Está confundido acerca de la tarea o actividad
- Se olvida de las jugadas
- Está confundido sobre el juego, los puntos o el oponente
- Se mueve torpemente o muestra una falta de coordinación
- Contesta las preguntas lentamente
- Arrastra las palabras
- Muestra cambios de comportamiento o personalidad
- No puede recordar los eventos que sucedieron antes de la colisión
- No puede recordar los eventos que sucedieron después de la colisión
- Ataques o convulsiones
- Cualquier cambio en el comportamiento típico o personalidad
- Pérdida de la conciencia

¿Qué puede pasar si mi hijo(a) sigue jugando con una concusión cerebral o regresa a jugar antes de que este recuperado?

Los deportistas con señales o síntomas de una concusión cerebral deben dejar de jugar inmediatamente. Continuar jugando con las señales o síntomas de una concusión pone al deportista en riesgo de sufrir una herida más grave. La probabilidad de que se sufra daño significativo de una concusión aumenta cuando ha pasado un periodo de tiempo largo después de que sucedió la concusión, sobre todo si el deportista sufre otra concusión antes de recuperarse completamente de la primera. Eso puede traer como consecuencia una recuperación más prolongada o incluso una hinchazón cerebral (síndrome de segundo impacto) con consecuencias devastadoras o fatales. Es bien conocido que los deportistas adolescentes no reportan mucho los síntomas de sus heridas. Eso es el caso también con las concusiones cerebrales. Por lo mismo es importante que los administradores, entrenadores, padres y estudiantes estén bien informados, el cual es clave para la seguridad de los estudiantes deportistas.

Si cree que su hijo(a) ha sufrido una concusión

En cualquier situación donde se sospecha que un deportista tiene una concusión, es importante sacar a este estudiante del juego o entrenamiento inmediatamente. Ningun deportista puede volver a participar en la actividad después de sufrir una herida de cabeza o concusión cerebral sin el permiso de un doctor, no importa si la herida parece ser ligera o los síntomas desaparecen rápidamente. Se debe de observar cuidadosamente el mejoramiento del deportista por varias horas. El nuevo estatuto 313 de la Federación Interestadual de California (CIF por sus siglas en inglés) requiere la implementación de las siguientes normas para regresar a jugar un deporte después de sufrir una concusión, las cuales se han recomendado por muchos años:

“Cuando se sospeche que un estudiante deportista ha sufrido una concusión o herida de cabeza en un entrenamiento o juego, a este estudiante deportista se le debe sacar de la competencia en ese momento y por el resto del día”

Y

“A un estudiante deportista que se le ha sacado del juego no podía volver a jugar hasta que le evalúe un doctor licenciado con capacitación en la evaluación y manejo de las concusiones y hasta que se reciba un permiso por escrito para volver a jugar de dicho doctor”.

También debe informar al entrenador(a) de su hijo(a) si piensa que ha sufrido una concusión cerebral. Recuerde que es mejor faltar un partido que faltar toda la temporada. Si existe alguna duda de que el deportista sufrió una concusión cerebral o no, se tomara precauciones y no podrá jugar.

Si desea información actual acerca de las concusiones cerebrales por favor visiten el sitio en Internet: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Nombre del estudiante deportista _____ Fecha _____

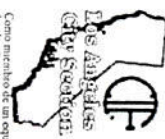
Nombre del estudiante deportista _____ Firma del estudiante deportista _____

Nombre del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre, madre o tutor _____ Firma del padre, madre o tutor _____

Academia:

Nombre	Fecha de nacimiento	Cabe
Escuela de donde proviene	Escuela de la preparatoria anterior	Fecha en la que ingreso al colegio actual
Equipo de deportes	Equipo 1	Equipo 2
Equipo 1	Equipo 2	Equipo 3
Equipo 4	Equipo 5	Equipo 6



SECCION CIE DE LA CIUDAD DE LOS ANGELES
 ESCUELA PREPARATORIA
**INFORMACION SOBRE LOS REQUISITOS QUE REUNE EL
 ATLETA Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE
 PARTICIPE EN ACTIVIDADES ATLETICAS INTERESCOLARES**

Mr. Frank Avila

Como miembro de un equipo de una escuela preparatoria, el atleta debe aceptar la responsabilidad... (text continues with rules and regulations regarding participation in interschool athletic activities, including consent from parents and the athlete's understanding of the risks involved.)

POF FAVOR FIRMA LA SIGUIENTE DECLARACION: Tengo conocimiento de mi responsabilidad y de los reglamentos que rigen... (text continues with a declaration of understanding of rules and responsibilities.)

CERTIFICADO DEL SEGURO PARA PARTICIPAR EN DEPORTES.

La firma autorizada de cada deporte... (text continues with a certificate for insurance coverage for participation in sports, including details about the policy and the responsible parties.)

Nombre de la compañía de seguros: _____
 Fecha de póliza: _____
 Número de póliza o de grupo: _____
 Firma del padre, la madre o el tutor: _____
 Fecha: _____

Very Important - Por favor mandarnos una copia de la tarjeta Medical

Nombre y apellido

RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION PARA QUE LOS ESTUDIANTES/ATLETAS PARTICIPEN EN LAS ACTIVIDADES ATLETICAS INTERESCOLARES, CODIGO DE CONDUCTA Y PROHIBICION DEL USO DE ESTEROIDES

La competencia deportiva... (text continues with a detailed explanation of the risks of sports participation and the importance of informed consent.)

HONRABILIDAD

Honorable - ser digno de confianza en todo lo que se hace... (text continues with a definition and explanation of the concept of honorability in the context of sports.)



RESPONSABILIDAD
 Responsabilidad de la adquisición... (text continues with a definition and explanation of responsibility in sports.)

CIUDADANIA

Jugador de un equipo con un jugador... (text continues with a definition and explanation of citizenship in the context of sports.)

RECONOCIMIENTOS DE RIESGOS Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION PARA PARTICIPAR EN DEPORTES INTERESCOLARES

Teniendo el conocimiento de que jugar o participar en cualquier deporte... (text continues with a detailed explanation of the risks of sports participation and the importance of informed consent.)

Firma del estudiante/ atleta: _____
 Fecha: _____
 Firma del padre, la madre o el tutor: _____
 Fecha: _____

Evaluación física previa a la participación

Fecha del examen: _____

Nombre y apellido del estudiante: _____		Sexo: _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____		Escuela: _____		Deporte(s): _____
Dirección: _____			Teléfono: _____	
Médico de cabecera/Proveedor de servicios médicos: _____				
En caso de emergencia comunicarse con: Nombre y apellido: _____			Relación: _____	
Teléfono (Casa): _____		(Trabajo): _____	(Celular): _____	(Celular): _____

Antecedentes

El estudiante y su padre, madre o tutor deberán llenar cuidadosamente esta sección antes de participar en atletismo interescolar.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Crees que gozas de buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Toses, resacas o respiras con dificultad durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienes un problema de salud crónico (como diabetes o asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Hay alguien en tu familia que sufra de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Estás tomando actualmente algún medicamento o pastillas, con o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Alguna vez usaste un inhalador o tomaste medicamento para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes alergia a los medicamentos, al polen, a los alimentos, o a las picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Te falta o naciste sin un órgano, como uno de los riñones, un ojo, un testículo, u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez algún doctor ha negado o ha restringido tu participación en deportes por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayas MIENTRAS hacías ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Has tenido urticaria, escaras u otros problemas en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayas DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Has tenido una infección epitelial (de la piel) por herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez has sentido malestar, dolor o presión en el pecho al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Alguna vez te has lesionado la cabeza o sufrido una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tu corazón se acelera o sientes que se detiene al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Alguna vez te han golpeado la cabeza y te sentiste confundido o perdiste la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Te ha dicho el doctor alguna vez que tienes (marca con un círculo las que correspondan): Hipertensión Soplo en el corazón Colesterol Elevado Infección en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Alguna vez tuviste convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez un doctor te ha ordenado un examen para el corazón (por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Tienes dolor de cabeza cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguien de tu familia ha fallecido sin ningún motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Alguna vez has sentido entumecimiento, cosquilleos o debilidad en los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o de caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguien de tu familia tiene enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Alguna vez no pudiste mover las manos o las piernas después de haber sido golpeado o de caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna de los miembros de tu familia o un pariente ha fallecido por problemas al corazón o ha fallecido súbitamente antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Al hacer ejercicio en el calor, ¿sufres de fuertes calambres o te enfermas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguien de tu familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Algún doctor te ha dicho alguna vez que tú o alguien de tu familia sufren de anemia drepanocítica o anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez has pasado una noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Alguna vez tuviste problemas con los ojos o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez te han operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te has lesionado con un esguince, desgarro muscular o de ligamentos, o tendinitis, y tuviste que faltar a un entrenamiento o partido? Si contestas que sí, marca más abajo la zona afectada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Usas anteojos protectores, como gafas o máscaras protectoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado una articulación? Si contestas que sí, marca más abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Estás contento(a) con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez has sufrido una lesión a los huesos o articulaciones que requirieran radiografía, imagen por resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT), operación, inyecciones, rehabilitación, terapia física, aparatos ortopédicos, yeso o muletas? Si contestas que sí, marca más Cabeza, Cuello, Hombro, Parte superior del brazo, Codo, Pecho, Manos/Dedos, Antebrazo, Tobillo, Pie/Dedo de los pies, Parte superior de la espalda, Cintura, Cadera, Muslo, Rodilla, Pantorrilla/Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Estás tratando de engordar o adelgazar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez sufriste una fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Alguien te ha recomendado que modifiques tu peso o tus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Alguna vez te han dicho que tienes o te has realizado una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. ¿Te limitas o controlas con cuidado lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usas regularmente un aparato ortopédico o un dispositivo auxiliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Tienes alguna inquietud que desearas discutir con un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Alguna vez te ha dicho algún doctor que tienes asma o alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO PARA MUJERES		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

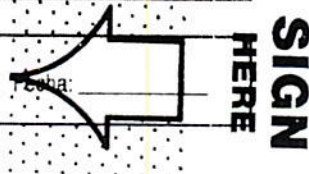
Explica aquí tus respuestas "Sí": (Agrega hojas adicionales si es necesario):

Yo por la presente declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas y están completas.

Firma: _____
(Atleta)

Firma: _____
(Padre, madre o tutor)

Fecha: _____



Physical Examination Form

The section below is to be completed by physician or staff after history and consent forms are completed.

Appendix A

Student's Name _____ DOB _____
 Height: _____ Weight: _____ %BMI (optional): _____ Pulse: _____ BP _____
 Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Consented: Y N Pupils: Equal Unequal

MEDICAL

Appearance • Marfan stigmata (pectus scoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic aneurysm)		
Eyes/Ears/Nose/Throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart ¹ • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ¹		
Skin • HSV lesions suggestive of MRSA. Shingles		
Neurologic ¹		
Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional • Walk with, single leg hop		

¹ Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history of exam.
² Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended.
³ Consider appropriate evaluation of baseline neurophysiologic testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
 Not cleared
 Pending further evaluation
 For any sports
 For certain sports _____

Reason/Recommendation: _____

I have evaluated the above named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent contraindications to practice, tryout and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of this physical exam is on record in my office and can be made available to this school at the request of this parent. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Physician/ Provider: (print/ typed name) _____ (MD, DO, NP or PA) Date: _____
 Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician/ Provider _____
Member of American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Osteopathic Association Society on Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

Doctor, please stamp this form ☺