



## **Formulario de Reconocimiento del Padre/Tutor**

Los Estatus 503.H, 503.J y 503.K.(1) de la Sección Sur de la CIF, así como el Código de Educación 49476, Establecen que tanto los estudiantes como los padres deben revisar la información proporcionada por la escuela en relación con las **conmociones cerebrales, el paro cardíaco repentino, las enfermedades causadas por el calor y el uso (así como el uso indebido) de opioides**, y firmar para certificar que han revisado y comprenden dicho material antes de la primera practica o competición del atleta. Este formulario puede utilizarse para confirmar la recepción y la comprensión de los cuatro elementos de cumplimiento obligatorio.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

---

### **Concienciación Sobre las Conmocione Cerebrales**

Reconozco haber recibido y revisado información relativa a los signos, síntomas y riesgos de las conmociones cerebrales. Comprendo la importancia de informar sobre los síntomas y de seguir los protocolos médicos adecuados antes de regresar a la actividad.

Iniciales de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Iniciales del Estudiante: \_\_\_\_\_

---

### **Concienciación Sobre el Paro Cardíaco Repentino**

Reconozco haber recibido y revisado información sobre el paro cardíaco repentino, incluidos los signos de advertencia y la importancia de una actuación inmediata y una evaluación médica.

Iniciales de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Iniciales del Estudiante: \_\_\_\_\_

---

### **Prevención de Enfermedades por Calor**

Reconozco haber recibido y revisado información sobre las enfermedades relacionadas con el calor, incluidas las estrategias de prevención, los síntomas y la importancia de la hidratación y la aclimatación.

Iniciales de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Iniciales del Estudiante: \_\_\_\_\_

---

### **Educación sobre el Uso y el Uso indebido de opioides**

Reconozco haber recibido y revisado información sobre los riesgos del uso y le uso indebido de opioides, incluyendo practicas seguras de medicación, signos de adicción y recursos disponibles para recibir ayuda.

Iniciales de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Iniciales del Estudiante: \_\_\_\_\_

---

### **Reconocimiento del Padre/Tutor**

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendido y acepto la información proporcionada sobre los cuatro temas enumerados anteriormente. Conozco la importancia de estas cuestiones de salud y seguridad, y me comprometo a apoyar a mi hijo(a) en el cumplimiento de todas las pautas y protocolos relacionados.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_