



**SERVICIOS DE SALUD**  
**Autorización médica y recomendaciones para la participación escolar después de una enfermedad o lesión**

**Médico por favor evalúe y recomiende**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Pruebas de apoyo del diagnóstico (historial médico, radiografías, laboratorio, etc.) \_\_\_\_\_

El alumno volverá a la escuela con:  Sin ningún dispositivo de ayuda  Silla de ruedas  Yeso  Muletas  Bota para caminar

Órtesis  Suturas  Andador  Cabestrillo  Elástico  Vendaje  Férula

Otro Dispositivo: \_\_\_\_\_

**Restricciones, si las hubiera. Marque la(s) opción(es) apropiada(s):**

- El estudiante está libre de enfermedades contagiosas y puede regresar a la escuela.
- Sin restricciones- El estudiante puede participar plenamente en todas las actividades, incluyendo deportes competitivos.
- Estudiante puede participar en todas las actividades, con excepción de los deportes competitivos.
- El estudiante puede participar en actividades que incluyan deportes competitivos menos extenuantes (béisbol, softbol, golf).

Restricciones de Educación Física:

- Ninguna actividad durante el recreo
- No realizar pruebas de aptitud física de California
- No correr ni saltar
- No realizar actividades que impliquen contacto físico
- No realizar actividades de equilibrio/agilidad
- Restricciones para levantar peso:
  - No levantar peso  No más de \_\_\_\_\_ libras

Las siguientes actividades están permitidas:

- Actividad de acuerdo con la tolerancia
- Trotar
- Caminar
- Ejercicios para la parte superior del cuerpo
- Ejercicios para la parte inferior del cuerpo
- Abdominal/ejercicios básicos
- Habilidades deportivas ( patear, lanzar, etc.)

Otras restricciones/recomendaciones específicas: \_\_\_\_\_

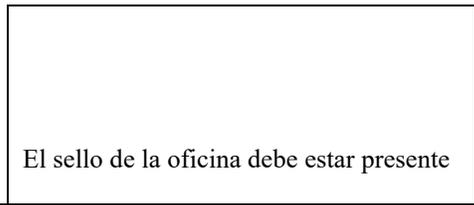
Duración de la restricción: \_\_\_\_\_  Los padres deberán proporcionar a la escuela recomendaciones actualizadas después de esta fecha

Fecha en que el estudiante puede regresar a la escuela: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



Doy permiso para que la Enfermera Escolar intercambie información sobre el diagnóstico anterior referente a me hijo/a con el proveedor de salud autorizado.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva este formulario a la escuela después de la evaluación médica**