

**ROXBURY DISTRICT ATHLETIC EMERGENCY INFORMATION**

Name \_\_\_\_\_ Male \_\_\_ Female \_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Athlete lives with (circle): both parents mother father guardian

Sport \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Emergency Contacts:

Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Family Doctor \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Dentist \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Medical Insurance \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

I give permission for my child's participation in the indicated sport for the 20\_\_ season and to accompany the team on scheduled athletic trips. All athletes are covered by school insurance, which is an excess policy that can be used only after the family health insurance has been used. Please note that the rules of the New Jersey Board of Education require that the school district advise you, as a parent/guardian, of the possibility of physical hazards to your child.

I give permission to share medical information as needed with the appropriate personnel. I give consent for coaches, trainers and the team physician to use their own judgments in the application of first aid treatment and in securing medical aid and ambulance service as necessary.

Your signature is acknowledgement of notification and approval to participate.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Student Signature Date

+++++

**(OFFICE USE ONLY)**

PE Date \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_ Medication/Inhaler \_\_\_\_\_

Allergies: Life Threatening \_\_\_\_\_ Benadryl \_\_\_\_\_ EpiPen \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_

Medications currently taking \_\_\_\_\_

Chronic/Ongoing Medical Conditions \_\_\_\_\_

Cardiac Conditions \_\_\_\_\_

Protective Equipment needed \_\_\_\_\_

Neurological Conditions/Concussion \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Glasses \_\_\_\_\_ Contacts \_\_\_\_\_

AD Signature \_\_\_\_\_

RN Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

### Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado / dislocado algún músculo o articulación?

Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Si No

¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí No  
En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Si No  
Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí No

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí No

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

**Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.**