

TARJETA DE EMERGENCIA
Autorización Médica Deportiva / Formulario de Padres

Apellido del atleta:	Primer Nombre:	
Seguro de Salud:	Grupo #:	
Certificado #	Tipo de seguro:	
Empleador del asegurado:	Titular de la póliza:	# Identificación de la póliza (ID):
Nombre del médico (primera opción):	Ciudad	Teléfono del Dr.:
Nombre del médico (segunda opción):	Ciudad	Teléfono del Dr.:
Dentista:	Ciudad	Teléfono del dentista:
En caso de emergencia, llame primero:	Ciudad	Teléfono:
Contacto de emergencia (en caso de que no se pueda localizar a los padres):	Número de teléfono de contacto de emergencia:	

Para ser completado por los padres (historial médico) Por favor marque todo lo aplicable

Asma: Inhalador: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Diabetes. Rx: _____ ☐ Convulsiones. Rx: _____ ☐ Problemas cardíacos: _____ ☐ Desmayos/mareos: _____ EPI-Pen ☐ SÍ ☐ NO	Antecedentes familiares: (por ejemplo, ataques cardíacos, convulsiones, muerte antes de los 50 años, etc.): _____ _____ Reacciones alérgicas importantes: Rx _____ _____ _____
Lesiones significativas en los últimos 12 meses (por ejemplo, conmociones cerebrales, fracturas, etc.):	
Otros antecedentes médicos importantes:	
Verifico que esta información sea completa y precisa. Firma: _____ Fecha: _____ :	

Por favor devuelva los formularios completos a:
Norwalk River Rowing Association
1 Moody's Lane, Norwalk, CT 06851

CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO - FORMULARIO MÉDICO DEL ATLETA

**Válido por UN AÑO únicamente a partir de la fecha del examen.
Para ser completado por un médico.**

Altura:	Peso:	Presión sanguínea	Visión
Contactos: ☐ Normal ☐ Anormal		Audiencia: ☐ Normal ☐ Anormal	
Piel: ☐ Normal ☐ Anormal		Musculoesquelético: ☐ Normal ☐ Anormal	
Cabeza: ☐ Normal ☐ Anormal		Columna/Escoliosis: ☐ Normal ☐ Anormal	
Ojos: ☐ Normal ☐ Anormal		Cuello: ☐ Normal ☐ Anormal	
Ojos, Nariz, Garganta: ☐ Normal ☐ Anormal		Espalda: ☐ Normal ☐ Anormal	
Corazón: ☐ Normal ☐ Anormal		Mano/brazos: ☐ Normal ☐ Anormal	
Pulmones: ☐ Normal ☐ Anormal		Caderas: ☐ Normal ☐ Anormal	
Abdomen: ☐ Normal ☐ Anormal		Rodillas: ☐ Normal ☐ Anormal	
Genitales: ☐ Normal ☐ Anormal		Tobillos: ☐ Normal ☐ Anormal	
Neuro : ☐ Normal ☐ Anormal		Pies: ☐ Normal ☐ Anormal	

Comentarios:

Certifico que _____ puedo participar en programas interescolares
a partir de _____ (fecha del examen).

Firma del médico:

Nombre del médico (en letra de molde legible):

DIRECCIÓN:

Teléfono:

Por favor devuelva los formularios completos a:**Norwalk River Rowing Association
1 Moody's Lane, Norwalk, CT 06851**