

**Reconocer y Admitir que Existen Riesgos Potenciales**  
**Actividad Deportiva Voluntaria**

(Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en la actividad mencionada a continuación. **Comprendo por completo lo siguiente:**

(Encierre en un círculo la actividad correspondiente): Fútbol Americano, Básquetbol, Volibol, Porrista, Pista y Campo, Béisbol, Fútbol, Lucha, Tenis, Esquí, Golf, Otros \_\_\_\_\_ por su propia naturaleza presenta un riesgo inherente que podría dañar seriamente al participante. Estas lesiones podrían incluir, pero no están limitadas, a las siguientes:

- |                         |                  |                          |
|-------------------------|------------------|--------------------------|
| 1. Esguinces/torceduras | 4. Inconciencia  | 7. Lesiones en la cabeza |
| 2. Fractura de huesos   | 5. Parálisis     | 8. Pérdida de la vista   |
| 3. Cortaduras/raspones  | 6. Desfiguración | 9. Muerte                |

**Todos los participantes en esta actividad deben entender que la participación es voluntaria y no es requerida por el distrito escolar.**

Entiendo y reconozco que para que pueda participar en estas actividades, mi hijo/a y yo estamos de acuerdo en asumir la responsabilidad y daños a terceros por cualquiera y todos los riesgos potenciales que pudieran estar asociados con la participación en tales actividades.

Entiendo, reconozco, y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar \_\_\_\_\_, sus empleados, funcionarios, agentes, o voluntarios no estarán sujetos a cargos por cualquier lesión sufrida por mi hijo/a que sea inherente o que haya estado asociada con la preparación y/o participación en esta actividad.

Escriba las condiciones médicas, alergias, u otros factores limitantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Un examen médico ha sido realizado y llenado:    Sí    No (Encierre en un círculo)

Nombre del Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro de Salud/MEDIC-CAL según Código Educativo 32220-32224:    Sí    No (Encierre en un círculo)

Nombre del Plan y número: \_\_\_\_\_

En el caso de una enfermedad o lesión, por este medio doy mi consentimiento para aplicar los tratamientos médicos/hospital que se determinen necesarios de acuerdo al mejor juicio del médico o dentista a cargo. Reconozco que he leído cuidadosamente esta **Forma Voluntaria para Actividades Deportivas** y que entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

\_\_\_\_\_  
Padres/Tutor Legal (si el estudiante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Se recomienda que todos los participantes que jueguen en el campo (incluyendo a las porristas) tengan exámenes médicos; sin embargo, son solamente *requeridos* para los estudiantes de "high school". Los miembros de la banda, directores de equipo y estudiantes ROP – por ejemplo: los participantes que no juegan en el campo- están exentos.