

**CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION & MEDICAL CARE**

\*Entire Page Completed By Patient

**Athlete Information**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Sex: [ ] Male [ ] Female      Grade \_\_\_\_\_      Age \_\_\_\_\_      DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

Medications \_\_\_\_\_

Insurance \_\_\_\_\_ Policy Number \_\_\_\_\_

Group Number \_\_\_\_\_ Insurance Phone Number \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Information**

Home Address \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Mother's Cell \_\_\_\_\_ Father's Cell \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Another Person to Contact \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**Legal/Parent Consent**

I/We hereby give consent for (athlete's name) \_\_\_\_\_ to represent (name of school) \_\_\_\_\_ in athletics realizing that such activity involves potential for injury. I/We acknowledge that even with the best coaching, the most advanced equipment, and strict observation of the rules, injuries are still possible. ***On rare occasions these injuries are severe and result in disability, paralysis, and even death. I/We further grant permission to the school and TSSAA, its physicians, athletic trainers, and/or EMT to render aid, treatment, medical, or surgical care deemed reasonably necessary to the health and well being of the student athlete named above during or resulting from participation in athletics.*** By the execution of this consent, the student athlete named above and his/her parent/guardian(s) do hereby consent to screening, examination, and testing of the student athlete during the course of the pre-participation examination by those performing the evaluation, and to the taking of medical history information and the recording of that history and the findings and comments pertaining to the student athlete on the forms attached hereto by those practitioners performing the examination. As parent or legal Guardian, ***I/We remain fully responsible for any legal responsibility which may result from any personal actions taken by the above named student athlete.***

\_\_\_\_\_  
Signature of Athlete

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ATLETICAS Y RECIBIR CUIDADO  
MEDICO SI FUERA NECESASRIO

(Este Consentimiento debe ser completado por el Estudiante-A atleta y sus padres o guardianes.)

**Información del Estudiante-A atleta**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ SN \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] Varón [ ] Hembra Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicaciones \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de la Póliza \_\_\_\_\_

Número del Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono del Seguro \_\_\_\_\_

**Información del Contacto en Caso de Emergencia**

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_

(Código Postal) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular de la Madre o Guardian \_\_\_\_\_

Celular del Padre o Guardian \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre o Guardian \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Otra Persona Contacto \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Consentimiento Legal de los Padres o Guardianes**

Yo/Nosotros damos nuestro consentimiento para que (nombre del Estudiante-A atleta) \_\_\_\_\_ pueda representar (nombre de la escuela) \_\_\_\_\_ en deportes y que yo/nosotros entendemos que esa actividad lleva la posibilidad de sufrir lesiones. Yo/Nosotros sabemos que aún con el mejor entrenamiento, los mejores artículos deportivos, y la observación estricta de las reglas, es posible sufrir lesiones. **En algunas ocasiones, estas lesiones son severas y pueden resueltar en incapacidad, parálisis, y hasta la muerte. Yo/Nosotros damos permiso a la escuela y a TSSAA, sus médicos, entrenadores atléticos, y/o técnicos médicos de emergencias a dar ayuda, tratamiento, cuidado médico o quirúrgico considerados necesarios para la salud y bienestar del Estudiante-A atleta nombrado arriba durante o como resultado de su participación en los deportes.** Al firmar este consentimiento, el Estudiante-A atleta nombrado arriba y sus padres/guardianes consienten a que los profesionales de la salud conduzcan un chequeo, examinación, y pruebas del Estudiante-A atleta durante la examinación pre-participatoria y a obtener la historia médica. Entendemos que los profesionales de la salud que conduzcan estas pruebas y evaluaciones van a anotar los resultados y observaciones en los formularios y records que acompañan este documento. Como padre o guardian , **yo/nosotros entendemos que somos totalmente responsables por cualquier asunto legal que pueda resultar de las acciones personales del Estudiante-A atleta nombrado arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante-A atleta

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha