

**Certificado Oficial de Salud**

Campo de Baloncesto San Antonio Spurs  
ONE AT&T Center  
SAN ANTONIO, Texas 78219  
ATTN: Dave Walsh

Esta forma ha sido aprobada por la Asociación Medica Americana y la Federación Nacional de Atletismo de las Escuelas Secundarias. Esta forma debe ser llenada por el medico familiar. Una vez que este completada, favor enviarla a la dirección arriba mencionada antes de que empiece el programa.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de asistencia al Campo \_\_\_\_\_

Enfermedades o Heridas Serias Pasadas  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_ D20/ \_\_\_\_\_ I20/ \_\_\_\_\_ Orejas \_\_\_\_\_ Oídos D \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_

Respiración \_\_\_\_\_

Cardiovascular \_\_\_\_\_

Hígado \_\_\_\_\_ Bazo \_\_\_\_\_  
Hernia \_\_\_\_\_

ESQUELETO Muscular \_\_\_\_\_  
Piel \_\_\_\_\_

Neurológico \_\_\_\_\_  
Genital \_\_\_\_\_

Comentarios o sugerencias en relación a la salud o el tratamiento del niño/a:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dejo constancia en esta fecha que he examinado a este niño/a y lo/a encuentro físicamente apta para competir en las actividades supervisadas del campo de baloncesto de San Antonio Spurs.

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**PERMISO DE LOS PADRES O APODERADOS**

Por la presente doy permiso que mi hijo/a participe en el programa supervisado de baloncesto del Campo de Spurs de San Antonio y me comprometo a no hacer responsable al Campo por cualquier accidente que tenga mi hijo/a durante su estadía en ese Campo.

En caso de emergencia y que yo no pueda ser localizado, por la presente autorizo al medico que haya sido escogido por el Director del campo, a que se hospitalice, se asegure tratamiento, inyección, anestesia o cirugía para mi hijo/a mencionado en esta aplicación.

Firma del Padre o Persona Responsable\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

Teléfono Domicilio\_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina\_\_\_\_\_

Si no puedo ser localizado en caso de Emergencia notificar a:

Nombre\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_

Teléfono Domicilio\_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina\_\_\_\_\_

Esta sección debe ser llenada por los padres y revisada por el medico al momento del chequeo

Nombre niño/a\_\_\_\_\_ Dirección\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA: (Dar fechas aproximadas)**

Alergias: Enfermedades:

Infección Oídos\_\_\_\_\_ Fiebre del Heno\_\_\_\_\_ Varicela\_\_\_\_\_

Fiebre reumática\_\_\_\_\_ Contacto a la hiedra\_\_\_\_\_ Sarampión\_\_\_\_\_

Convulsiones\_\_\_\_\_ Picado de Insectos\_\_\_\_\_ Rubéola\_\_\_\_\_

Diabetes\_\_\_\_\_ Penicilina\_\_\_\_\_ Paperas\_\_\_\_\_

Epilepsia\_\_\_\_\_ Drogas\_\_\_\_\_ Asma\_\_\_\_\_

Apendicitis\_\_\_\_\_ Otras\_\_\_\_\_ Tuberculosis\_\_\_\_\_

Problemas de Corazón o Riñón \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

Cirugías o Heridas Graves  
\_\_\_\_\_

Enfermedades Crónicas o Recurrentes  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA INMUNOLOGICA**

Fechas de Inmunizaciones Básicas o los mas recientes Refuerzos

Vacunas DPT \_\_\_\_\_ Refuerzos \_\_\_\_\_  
Tétanos \_\_\_\_\_ Refuerzos \_\_\_\_\_

Polio DPV \_\_\_\_\_ Refuerzos \_\_\_\_\_

Tifoidea \_\_\_\_\_

Vacuna del Sarampión \_\_\_\_\_ Vacuna para Paperas \_\_\_\_\_

Rubéola \_\_\_\_\_

Viruela \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Medicinas necesarias  
\_\_\_\_\_

Propósito \_\_\_\_\_ clase \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_

¿Esta tomando actualmente medicina? \_\_\_\_\_

Condiciones a las que se debe tener cuidado como alergias a (medicinas o picaduras de insectos)

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