

DISTRITO ESCOLAR DE MENASHA

Escuela Intermedia Maplewood

Código de conducta para actividades co-curriculares, reglamento de elegibilidad WIAA e información relacionada con las conmociones cerebrales

Este formulario tiene que ser diligenciado y enviado a la oficina de actividades antes de que haya participación del estudiante en cualquier actividad co-curricular.

El estudiante

He recibido una copia del Código de Conducta de Actividades Co-curriculares y las reglas de elegibilidad WIAA , las he leído y entiendo que:

Como estudiante, comprendo que mi participación en las actividades co-curriculares son un privilegio y por eso, estoy de acuerdo con que voy a cumplir con el Código de Conducta para Actividades Co-curriculares de la Escuela Intermedia Maplewood. También certifico con mi firma que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las reglas de elegibilidad WIAA y me comprometo a cumplir con ellas. **He leído y entiendo el documento de indicios y síntomas de conmociones cerebrales y reconozco la responsabilidad que tengo acerca de informar a mis entrenadores, padres/guardianes de cualquier indicio o síntomas de una conmoción cerebral.** Además, certifico que si hay algo en el documento que no he entendido, que he buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este compromiso.

Estudiante: (nombre en letra suelta) _____ **Firma:** _____

El padre o tutor

He recibido una copia del Código de Conducta de Actividades Co-curriculares y las reglas de elegibilidad WIAA , las he leído y entiendo que: .

Como padre o tutor, entiendo que la participación de mi estudiante en las actividades co-curriculares es un privilegio y por eso, estoy de acuerdo con que él va a cumplir con el Código de Conducta para Actividades Co-Curriculares de la Escuela Intermedia Maplewood. También certifico con mi firma que he leído y entendido las reglas de elegibilidad WIAA y el **documento de indicios y síntomas de conmociones cerebrales** y me comprometo a cumplir con ellas. He buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este compromiso. Voy a hacer todo lo posible para que mi estudiante cumpla con este reglamento y preceptos. Doy mi autorización para que mi estudiante reciba el tratamiento médico de emergencia y los primeros auxilios si son necesarios. Doy mi autorización a la Oficina de Actividades para que provea mi dirección de domicilio y número de teléfono a las organizaciones que patrocinan las actividades co-curriculares en el Distrito Escolar de Menasha. Este acuerdo es vigente hasta la graduación de mi estudiante de la escuela preparatoria.

Padre/Tutor: (nombre en letra suelta) _____ **Firma de padre o tutor:** _____

THEDACARE

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

<u>Nombre del atleta</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Dirección</u>
<u>Autorizo la divulgación de información de:</u> Theda Care 122 E. College Ave. Appleton, WI 54911	<u>Información enviada a:</u> Menasha High School 420 7 th St. Menasha, WI 54952	(Funcionarios de la escuela, incluido el cuerpo técnico y Directores Atlético que esten involucrados en los eventos deportivos).

La información compartida incluye: Cualquier información relacionada con la salud del estudiante que afecte su habilidad para participar en los deportes. Esta podría incluir información de lesiones (como torcedura), cirugías (como reconstrucción de LCA, reparación de músculo rotador), contusiones (resultados del examen IMPACT) o condiciones médicas (como asma).

Razón de información médica: El objetivo de esta autorización es informar al personal deportivo acerca de las limitaciones de salud del estudiante y sus habilidades físicas para poder seguir participando en deportes de manera segura.

Entiendo que si las personas nombradas arriba no son proveedores de atención médica, que tienen que cumplir con los estándares federales de privacidad, la información compartida podría ser re-compartida sin necesidad de mi autorización.

SUS DERECHOS CON RESPETO A ESTA AUTORIZACIÓN SON:

- Derecho de revisar o copiar la información usada o compartida – Entiendo que tengo el derecho de revisar o copiar la información de salud que he autorizado en este permiso. Puedo pedir una revisión o una copia de la información de salud, contactando con el departamento de información de salud.
- Derecho a recibir una copia de esta autorización – Entiendo que al firmar esta autorización, lo cual no es obligatorio, tengo el derecho de recibir una copia.
- Derecho a negarme a firmar esta autorización: entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y que la (s) persona (s) u organización (es) mencionadas anteriormente y a quienes autorizo a usar y / o divulgar mi información, no pueden condicionar tratamiento médico, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.
- Derecho a retirar mi autorización – Entiendo que es necesaria una notificación escrita para cancelar la autorización. Para obtener información acerca de cómo retirar mi autorización o para obtener una copia del pedido de retirar mi autorización, puedo contactar al departamento de información de salud. Entiendo que el retirar mi autorización no afecta la información ya compartida a las personas descritas arriba.

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma abajo. He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario. Al firmar esta autorización, confirmé que la autorización refleja mis deseos.

Firma de padre/tutor: _____ **Fecha:** _____