

MEDICAL RELEASE FOR RETURN TO ATHLETIC PARTICIPATION FOLLOWING A CONCUSSION OR INJURY

This release is to certify that _____ has been examined
(Student's name)

due to experiencing the signs, symptoms and behaviors consistent with a concussion or another injury. Following an examination, it is my medical opinion that he/she:

- is unable to return to any participation in athletics until further notice.

Return appointment scheduled on: _____
(Date)

- May return to limited participation in athletics on: _____
(Restrictions are noted below) (Date)

- Following return to limited participation, this student needs to return for re-evaluation before being released for full participation in athletics.

- May return to full participation in athletics on: _____
(Date)

RESTRICTIONS

Medical Professional's Name and license held: _____

Medical Professional's Signature: _____

Phone: _____ Date: _____

Parent's or Guardian's Permission and Release

I hereby give my consent for my son/daughter to return to participation following their concussion as per the instructions detailed above.

Parent's/Guardian's Signature: _____ Date: _____

Parent's/Guardian's Home/Mobile Phone: _____

Parent's/Guardian's Work Phone: _____

RETURN TO PARTICIPATION PROTOCOL FOLLOWING A CONCUSSION ARE WRITTEN BELOW.

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL REGRESO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL O LESIÓN

Esta liberación es para certificar que _____ ha sido examinado
(Nombre del alumno)

debido a experimentar los signos, síntomas y comportamientos consistentes con una conmoción cerebral u otra lesión. Después de un examen, es mi opinión médica que él / ella:

- es incapaz de volver a cualquier participación en atletismo hasta nuevo aviso.
Cita de regreso programada el: _____
(Fecha)
- Puede volver a una participación limitada en atletismo el: _____
(Las restricciones se indican a continuación) (Fecha)
 - Después de regresar a la participación limitada, este estudiante necesita regresar para una reevaluación antes de ser liberado para la participación completa en atletismo.
- Puede volver a participar plenamente en atletismo el: _____
(Fecha)

RESTRICCIONES

Nombre del profesional médico y licencia que posee: _____

Firma del profesional médico: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Permiso y autorización de los padres o tutores

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/hija vuelva a participar después de su conmoción cerebral según las instrucciones detalladas anteriormente.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono particular/móvil del padre/tutor: _____

Teléfono del trabajo del padre/tutor: _____

EL PROTOCOLO DE REGRESO A LA PARTICIPACIÓN DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁ ESCRITO A CONTINUACIÓN.