

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO – ESTUDIANTE ATLETA**

Nombre completo del estudiante menor emancipado
(Primero, segundo y Apellido)

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono de los padres

Nombre de la escuela a la que asistió el estudiante

Fecha prevista de graduación (mes/año)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Como resultado de la participación deportiva/escolar, el tratamiento puede ser necesario para el estudiante. Doy mi consentimiento a los entrenadores deportivos, fisioterapeutas y médicos autorizados de Bellin Health para que evalúen, traten y manejen cualquier lesión y activen la atención de emergencia según lo indicado dentro de su alcance de práctica para mi hijo mencionado anteriormente. También doy mi consentimiento a los entrenadores deportivos, fisioterapeutas y especialistas en acondicionamiento y fuerza autorizados de Bellin Health para que instruyan a mi hijo/a mencionado anteriormente sobre técnicas o programas de ejercicios correctivos o para mejorar el rendimiento.

FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTE CONSENTIMIENTO: Si no se revocó previamente, este consentimiento vencerá el 1 de septiembre del año académico siguiente, o al graduarse o salir del sistema escolar, lo que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de consentimiento. Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con el contenido.

Firma de la persona legalmente autorizada (fecha/hora)
para firmar por estudiante menor, o firma del
el estudiante si su edad es 18 o mayor

Si es otro, indique la relación:

- Padre/Madre con custodia
- tutor designado por el tribunal
- Agente de atención médica
- Representante personal

Nombre impreso de la persona que firma arriba