



**Formulario de Consentimiento
Post-conmoción cerebral (RTP/RTL)**



Fecha _____

Nombre del estudiante _____ Año académico 9 10 11 12

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

1. Se me ha informado con respecto a y consiento la participación de mi hijo(a) en regresar al juego de acuerdo con los protocolos retorno al juego y retorno a aprender establecidos por la Ley del Estado de Illinois:
2. Entiendo los riesgos asociados para mi estudiante al regresar a jugar y regresar a aprender y cumpliré con los requisitos en curso en los protocolos retorno al juego y retorno a aprender, establecidos por la Ley del Estado de Illinois:
3. Y consiento proveer a las personas adecuadas, congruente con la Ley Federal de Responsabilidad y Portabilidad de Póliza de Salud de 1996 (*Public Law 104-191*) del médico tratante o declaración escrita del entrenador deportivo, y si hubiera, las recomendaciones sobre retorno al juego y retorno a aprender del médico tratante o el entrenador deportivo, según sea el caso.

Firma del estudiante: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

For School Use Only (Solo para uso de oficina)



Written statement is included with this consent from treating physician or athletic trainer working under the supervision of a physician that indicates, in the individual's professional judgement, it is safe for the student to return-to-play and return-to-learn.

Cleared for RTL

Cleared for RTP

Date _____

Date _____