



School Participation Following Injury/Illness

Participación y Seguimiento de la Escuela a la Lesión y/o Enfermedad

Student Name _____
Nombre del Estudiante

Date of Birth _____
Fecha de Nacimiento

School _____ Grade _____
Nombre de la Escuela Grado

Teacher _____
Maestro/a

Diagnosis _____
Diagnóstico

Date of Injury/Illness _____
Fecha de la lesión/enfermedad

The above-named student may return to school on _____
El estudiante arriba mencionado puede regresar a la escuela a

Student will return to school with: No Assistive Device

El estudiante regresar a la escuela con: No hay ningún dispositivo de asistencia

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="radio"/> Wheelchair
Silla de ruedas | <input type="radio"/> Cast
Moide | <input type="radio"/> Crutches
Muletas | <input type="radio"/> Walking Boot
Arraque de caminar | <input type="radio"/> Brace
Aparato ortopédico |
| <input type="radio"/> Sutures
Suturas | <input type="radio"/> Walker
Caminante | <input type="radio"/> Sling
Eslinga | <input type="radio"/> Elastic Bandage
Venda elástica | <input type="radio"/> Splint
Cabestrillo |
| <input type="radio"/> Other Device _____
Otro dispositivo | | | | |

I have examined the above named student and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations:

He examinado el estudiante arriba mencionado y le cuenta / ella pueden participar las actividades escolares irregular con las siguientes recomendaciones:

Recommendations for Recess: May participate May not participate

May not participate, but may circulate with peers Other _____

Recomendaciones para el recreo: Podrán participar No podrán participar

No podrán participar, pero se puede circular con sus compañeros Otro _____

Recommendations for Physical Education: May participate May not participate May participate with limitations (please describe):

Recomendaciones para la Educación Física: Podrán participar No podrán participar Podrán participar con limitaciones (por favor describa):

Above recommendations to be in effect until (date) _____

Recomendaciones anteriores para estar en vigor hasta (fecha)

Comments/Additional Instructions: _____

Comentarios/Instrucciones adicionales

Authorized Health Care Provider Signature _____

Firma Autorizada proveedor de atención médica

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____

Nombre del proveedor de atención médica autorizado (letra de imprenta)

Telephone _____ Date _____

Teléfono _____ Fecha _____

Office Stamp

I give my permission for my child (name) _____ to return to school under conditions described above. I give permission for the School Nurse to exchange health-related information with authorized health care provider.

Doy mi permiso para que mi hijo(a) (nombre) _____ regrese a la escuela bajo las condiciones descritas anteriormente. Doy permiso para que la Enfermera Escolar/Oficinista de la enfermeria intercambie información sobre salud con el proveedor de salud autorizado.

Guardian Signature _____ Date _____

Firma del Padre o guardian _____ Fecha _____