



School Participation Following Injury

Participación y Seguimiento de la Escuela a la Lesión

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: _____
Fecha de la lesión

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

- Wheelchair Cast Crutches Walking Boot Brace
- Silla de ruedas Molde Muletas Arranque de caminar Aparato ortopédico
- Sutures Walker Sling Elastic Bandage Splint
- Suturas Caminante Eslinga Venda elástica Cabestrillo
- 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 enfermería intercambie información sobre salud con el proveedor de salud autorizado.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Firma del Padre o guardian

Fecha