

Departamento de Salud y Escuelas Públicas del Condado de Frederick
FORMULARIO DE
RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Maestro de Educación Física: _____ Maestro del aula del curso: _____

I. Padre de familia o Proveedor del Cuidado de la Salud:

_____ **El estudiante tiene una Afección temporal (menos de 1 semana)**

El padre de familia puede llenar este formulario solamente si tiene una temporal. Es preferible que adjunte documentación de un proveedor de cuidado de la salud. Si la afección dura más de 1 semana, comuníquese con la enfermera escolar.

Lesión: _____ Condición crónica: _____

- El estudiante puede regresar a un nivel de actividad que tolere
 El estudiante puede regresar a un nivel de actividad el _____
 (fecha)

II. Proveedor del Cuidado de la Salud:

_____ **El estudiante tiene una Afección prolongada**

Lesión: _____ Afección crónica: _____

El estudiante tiene limitaciones de:

- Fuerza Velocidad Capacidad/cardiovascular Equilibrio Coordinación Cognición
 Sostener peso Movimiento de la parte superior del cuerpo Movimiento de la parte inferior del cuerpo

Comentarios: _____

El estudiante puede regresar a un nivel de actividad que tolere Fecha de re-exanimación (si aplica): _____

La enfermera escolar evaluará la afección del estudiante en 10 días

Fecha de evaluación: _____ Resultado: regresar a nivel de actividad volver al proveedor de salud

Hora/Fecha en que se contacto al padre/guardián: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

III. Marque la actividad y/o la categoría en la cual el estudiante NO PUEDE participar:

SUAVE	MODERADO		VIGOROSO
<input type="checkbox"/> tirar con arco	<input type="checkbox"/> deporte acuático	<input type="checkbox"/> Nintendo Wii	<input type="checkbox"/> ejercicios aeróbicos
<input type="checkbox"/> calistenia	<input type="checkbox"/> bádminton	<input type="checkbox"/> Pilates	<input type="checkbox"/> trotar
<input type="checkbox"/> lanzamiento libre	<input type="checkbox"/> béisbol	<input type="checkbox"/> actividades de patio de recreo	<input type="checkbox"/> saltar la cuerda
<input type="checkbox"/> práctica de tiro	<input type="checkbox"/> basquetbol	<input type="checkbox"/> flexiones/ elevaciones	<input type="checkbox"/> kick boxing
<input type="checkbox"/> saltar en paracaídas	<input type="checkbox"/> boliche	<input type="checkbox"/> remar	<input type="checkbox"/> lacrosse
<input type="checkbox"/> ping pong	<input type="checkbox"/> abdominales	<input type="checkbox"/> softbol	<input type="checkbox"/> racquetball
<input type="checkbox"/> estiramiento	<input type="checkbox"/> golf	<input type="checkbox"/> tirar / agarrar	<input type="checkbox"/> correr
<input type="checkbox"/> caminar	<input type="checkbox"/> balonmano		<input type="checkbox"/> patinar
<input type="checkbox"/> entrenamiento con pesas	<input type="checkbox"/> trotar		<input type="checkbox"/> flag fútbol
	<input type="checkbox"/> balón pie		<input type="checkbox"/> hockey de piso
			<input type="checkbox"/> gimnasia
		<input type="checkbox"/> trotadora	<input type="checkbox"/> steps
		<input type="checkbox"/> ultimate frisbee	<input type="checkbox"/> tag games
		<input type="checkbox"/> entrenamiento con pesas	<input type="checkbox"/> tenis
		<input type="checkbox"/> whiffle ball	<input type="checkbox"/> trotadora
			<input type="checkbox"/> atletismo
			<input type="checkbox"/> vóleybol
			<input type="checkbox"/> entren. con pesas
			<input type="checkbox"/> lucha libre
			<input type="checkbox"/> escalar gradas

Padre de Familia/Guardián

Teléfono

Fecha

Proveedor de Cuidado de la Salud

Teléfono

Fecha

Devuelva este formulario a la Enfermería

Copies to: Teacher(s), PE, File

Las Escuelas Públicas y el Departamento de Salud del Condado de Frederick han asumido el compromiso de proporcionar un ambiente seguro y saludable a todos los estudiantes y al personal. Nosotros entendemos que hay ocasiones en las que un estudiante sufre una afección física temporal o prolongada causada por un accidente o una lesión o estado de salud crónico, que puede afectar su actividad física durante el día escolar (movilización hacia/de la clase, educación física, recreo, etc.).

La enfermería y el personal escolar deben conocer las limitaciones del estudiante para poder proporcionarle actividades alternativas y adaptaciones seguras mientras se encuentre en la escuela. A fin de que el padre de familia y/o el proveedor de cuidado de la salud puedan comunicar la extensión de la restricción de actividades física, deben completar el Formulario de Restricción de Actividades.

I. Procedimientos

- A. El personal de enfermería, maestros, Oficina de consejería u otros miembros de nuestro personal pueden proporcionarle el formulario.
- B. El formulario se le proporciona para que lo llene al padre de familia/guardián cuando algún miembro de nuestro personal ha identificado una lesión o afección crónica, que puede afectar el día escolar del estudiante. El padre de familia también puede obtener el formulario visitando la página de internet www.FCPS.org bajo forms/health forms (formularios/formularios de salud).
- C. Es preferible que se adjunte documentación de un proveedor de cuidado de la salud pero no se requiere para un estudiante con una afección temporal.
- D. Se requiere la firma de un proveedor de la salud en el formulario de un estudiante con una afección prolongada.
- E. Es la responsabilidad del padre de familia/guardián devolver el formulario ya completado a la enfermería.
- F. La enfermera registrada manejará el caso del estudiante con una afección prolongada y hará el seguimiento con el estudiante y/o padre de familia/guardián de acuerdo a la necesidad.
- G. La enfermera registrada mantendrá informados en forma apropiada a los miembros del personal escolar sobre la condición del estudiante.
- H. El formulario ya completado se guardará en el archivo de salud del estudiante y se entregarán copias al personal escolar que tiene la necesidad de saber acerca de la lesión o afección crónica del estudiante.

Notas de las enfermeras:
