

**FORMATO PARA PADRES**  
**MUERTE SÚBITA CARDÍACA (MSC): PERMISO PARA REGRESAR A JUGAR**

-----  
*(PRIMERA SECCIÓN: A ser llenada por personal de la escuela)*

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Equipo deportivo: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del entrenador: \_\_\_\_\_

**Paro cardíaco súbito: síntomas de alarma presentados por el alumno** (encierre un círculo todos los que sean de aplicación):

- Incomodidad/molestia en el pecho
- Falta de aliento o dificultad para respirar atípica
- Latidos cardíacos acelerados o irregulares
- Desmayo o pérdida de conocimiento
- Otros (enumere): \_\_\_\_\_

Hora en que se notaron los síntomas: \_\_\_\_\_ Hora en que se notificó a los padres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padre/tutor notificado vía: conversación en persona    conversación telefónica    mensaje telefónico

-----  
*(SEGUNDA SECCIÓN: A ser llenada por el padre/tutor)*

Conforme a lo establecido por el Código Estatal de Indiana Número 20-34-8, cuando se sospeche que un alumno, jugador de un equipo escolar deportivo, ha mostrado síntomas de sufrir un paro cardíaco súbito, dicho alumno sólo podrá regresar a jugar hasta que padre/tutor de éste haya entregado un permiso por escrito al entrenador del equipo.

Acepto que el entrenador de mi hijo me ha informado que éste presentó síntomas de paro cardíaco súbito. **Entiendo que la escuela recomienda que antes de que mi hijo pueda volver a jugar, éste debe ser evaluado por un médico/profesional del cuidado de la salud.**

Yo, como padre/tutor del alumno arriba mencionado, otorgo mi consentimiento para que éste regrese a jugar.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)