

MEDICAL RELEASE FOR RETURN TO ATHLETIC PARTICIPATION

This release is to certify that _____ has been examined.
(Student athlete's name)

Due to exhibiting the signs or symptoms consistent with sudden cardiac arrest. Following an examination, it is my medical opinion that he/she

_____ **Is unable to return to participation in athletics until further notice**

Return appointment scheduled on: _____
(Date)

_____ **May return to limited participation in athletics on** _____
(Date)

_____ **Following return to limited participation this student needs to return for reevaluation before released for full participation in athletics.**

_____ **May return to full participation in athletics on:** _____
(Date)

Restrictions:

Health Care Provider's Name (Type or Print)

(Date)

Health Care Provider's Signature

(Date)



AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL REGRESO A LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

Este comunicado es para certificar que _____ ha sido examinado.
(Nombre del estudiante atleta)

Debido a la exhibición de los signos o síntomas consistentes con un paro cardíaco repentino. Después de un examen, es mi opinión médica que él/ella

_____ **No puede volver a participar en el atletismo hasta nuevo aviso**

Cita de regreso programada el: _____
(Fecha)

_____ **Puede volver a la participación limitada en el atletismo en** _____
(Fecha)

_____ **Después de regresar a la participación limitada, este estudiante necesita regresar para una reevaluación antes de ser liberado para participar plenamente en atletismo.**

_____ **Puede volver a participar plenamente en atletismo en:** _____
(Fecha)

Restricciones:

Nombre del proveedor de atención médica
(tipo o impresión)

(Fecha)

Firma del proveedor de atención médica

(Fecha)

