	ahogo]?			
25.	¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	❑	❑	❑
26.	¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	❑	❑	❑

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí": _____

Si necesita espacio adicional adjunte una hoja adicional

Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
Firma del deportista: _____Fecha: _____Nº telefónico: _____

Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia