



ahogo]?			
25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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: \_\_\_\_\_ N° telefónico: \_\_\_\_\_

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