

**Prueba del ImPACTO Conmoción Cerebral
Formulario de Autorización**

Entiendo que la presentación a la prueba de ImPACTO de una conmoción cerebral es una condición de participación en actividades deportivas en la escuela. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para ser probado antes de mi deporte inicial comienza (o la señalada fecha y hora establecidas por la escuela) y no podré participar hasta que he terminado la prueba de impacto dado gratuitamente por el Departamento de Medicina Deportiva de Southern Therapy Services, Inc.

Por este medio consiento en la administración de las prueba de ImPACTO. También entiendo que me probaré otra vez si una conmoción cerebral ocurre, o a principios de mi tercer año (Año menor para estudiantes de primer año entrantes) asistencia al programa atlético de su escuela.

Historia de conmoción cerebral anterior con fecha (s):

Discapacidad de aprendizaje:

Escuela Secundaria de estudiante atleta: _____

Nombre (impresión) del estudiante participando: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre/guardian(en imprenta): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____