



CONSENT TO TREAT FORM

Parental consent for minor athletes is generally required for sports medicine services, defined as services including, but not limited to, evaluation, diagnosis, first aid and emergency care, stabilization, treatment, rehabilitation and referral of injuries and illnesses, along with decisions on return to play after injury or illness. Occasionally, those minor athletes require sports medicine services before, during and after their participation in sport-related activities, and under circumstances in which a parent or legal guardian is not immediately available to provide consent pertaining to the specific condition affecting the athlete. In such instances it may be imperative to the health and safety of those athletes that sports medicine services necessary to prevent harm be provided immediately, and not be withheld or delayed because of problems obtaining consent of a parent/guardian.

Accordingly, as a member of the Arizona Interscholastic Association (AIA), _____ (name of school or district) requires as a pre-condition of participation in interscholastic activities, that a parent/guardian provide written consent to the rendering of necessary sports medicine services to their minor athlete by a qualified medical provider (QMP) employed or otherwise designated by the school/district/AIA, to the extent the QMP deems necessary to prevent harm to the student/athlete. It is understood that a QMP may be an athletic trainer, physician, physician assistant or nurse practitioner licensed by the state of Arizona (or the state in which the student/athlete is located at the time the injury/illness occurs), and who is acting in accordance with the scope of practice under their designated state license and any other requirement imposed by Arizona law. In emergency situations, the QMP may also be a certified paramedic or emergency medical technician, but only for the purpose of providing emergency care and transport as designated by state regulation and standing protocols, and not for the purpose of making decisions about return to play.

PLEASE PRINT LEGIBLY

"I, _____, the undersigned, am the parent/legal guardian of, _____, a minor and student/athlete at _____ who intends to participate in interscholastic sports and/or activities.

I understand that the school/district/AIA employs or designates QMP's (as defined above) to provide sports medicine services (as also defined above) to the school's interscholastic athletes before, during or after sport-related activities, and that on certain occasions there are sport-related activities conducted away from the school/district facilities during which other QMP's are responsible for providing such sports medicine services. I hereby give consent to any such QMP to provide any such sports medicine services to the above-named minor. The QMP may make decisions on return to play in accordance with the defined scope of practice under the designated state license, except as otherwise limited by Arizona law. I also understand that documentation pertaining to any sports medicine services provided to the above-named minor, may be maintained by the QMP. I hereby authorize the QMP who provides such services to the above-named minor to disclose such information about the athlete's injury/illness, assessment, condition, treatment, rehabilitation and return to play status to those who, in the professional judgment of the QMP, are required to have such information in order to assure optimum treatment for and recovery from the injury/illness, and to protect the health and safety of the minor. I understand such disclosures may be made to above-named minor's coaches, athletic director, school nurse, any classroom teacher required to provide academic accommodation to assure the student/athlete's recovery and safe return to activity, and any treating QMP.

If the parent believes that the minor is in need of further treatment or rehabilitation services for the injury/illness, the minor may be treated by the physician or provider of his/her choice. I understand, however, that all decisions regarding same day return to activity following injury/illness shall be made by the QMP employed/designated by the school/district/AIA.

Date: _____ Signature _____



Forma de Consentimiento para el Tratamiento

Consentimiento parental para los atletas menores es generalmente requerido para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios incluyendo, pero no limitados a, evaluación, diagnósticos, primeros auxilios y cuidado de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y referencias de lesiones y enfermedades, junto con decisiones en al regresar a jugar después de lesiones o enfermedades. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con deportes, y bajo circunstancias en las que los padres o Tutor Legal no esté disponible de inmediato para dar consentimiento perteneciendo a la condición específica que afecte al atleta. Que en tales ocasiones pueda que sea un momento imprescindible a la salud y a la seguridad de esos atletas la cual los servicios de medicina deportiva sean necesarios de proveer de inmediato para prevenir algún daño, y no estar detenido o en tardanza por la razón de estar en esperan con el problema de obtener el consentimiento de los padres/tuto legal.

Por lo tanto, como miembro de la Asociación Interescolar de Arizona (AIA por sus siglas en ingles), _____ (nombre de la escuela o el distrito) requiere como una pre-condición de participación en actividades de Interescolares, que los padres/tutor legal proporcionar un consentimiento por escrito para representación de los servicios de medicina deportiva necesarios para el atleta menor por un proveedor medico calificado (MPC por sus siglas en ingles) o de lo contrario designado por la escuela/distrito/AIA, hasta el punto de que el (MPC) considere necesario para prevenir el daño al alumno/atleta. Es entendido que el (MPC) pueda que sea un entrenador atleta, medico, asistente médico o una enfermera practicante certificada por el estado de Arizona (o en el estado en el que alumno/atleta este en el momento que la lesión/o enfermedad ocurra), y quien está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su designación certificada del estado y en cualquier requisito impuesto por la ley de Arizona. En situaciones de emergencias, el (MPC) también puede ser un paramédico certificado o técnico médico de emergencias, pero solo para el propósito de proveer cuidado de emergencia y trasportar como es designado por las regulaciones del estado y proctólogos permanentes, y no para el propósito de tomar decisiones sobre si regresa a jugar.

POR FAVOR IMPRIMA/ESCRI-BA ELEGIBLE

"Yo, _____, el/la firmante, soy el padre/tutor legal de, _____, un menor y alumno/atleta de _____ que intenta participar en deportes interescolares y/o actividades.

Yo entendido que la escuela/distrito, AIA emplea o designa a los MPC (como fue definido arriba) para proporcionar los servicios de medicina deportiva (que también fue definido arriba) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de las actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas al deporte llevado a cabo fuera de la escuela/instalaciones del distrito mientras otros (MPC) son responsables de proporcionar tales servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier (MPC) que proporcionen cualquier servicio de medicina deportiva al menor mencionado arriba. El (MPC) puede tomar decisiones acerca de regresar a jugar en acuerdo con la definición del ámbito de la práctica profesional bajo la certificación estatal diseñada, excepto de lo contrario limitada por la ley de Arizona. Yo también tengo entendido que los documentos pertenecientes con cualquier servicio de medicina deportiva que sea proporcionado al menor nombrado arriba, puede ser guardado por el (MPC). Por la presente autorizo que el (MPC) que provee cualquier servicio al menor nombrado arriba de que revele cualquier información sobre lesiones/enfermedades, evaluaciones, condiciones, tratamientos, rehabilitaciones y el estatus del regreso a todos quienes, en el juicio profesional del (MPC), sean requerido el tener tal información para asegurar optimo tratamiento para y la recuperación de la lesión/enfermedad, y para proteger la salud y seguridad del menor. Yo entiendo cualquier revelación que pueda hacerse a el entrenador del menor nombrado arriba, director de atletismo, enfermera escolar, cualquier maestro que se le requiera el proveer acomodaciones académicas para asegurar la recuperación del alumno/atleta y el regreso a las actividades seguro, y cualquier Miembro Proveedor Certificado que trate (MPC).

Si los padres creen que el menor se vea en la necesidad de tratamiento adicional o servicios de rehabilitación por la lesión/enfermedad, el menor talvez sea tratado por el médico o el proveedor de su elección. Yo entiendo, sin embargo, que toda decisión referente a regresar a la actividad el mismo día después de una lesión/enfermedad debe ser hecha por el (MPC) empleado/designado por la escuela/distrito/AID.

Fecha: _____ Firma: _____