



Post-concussion Consent Form
(Return to Play/ Return to Learn)



Student's Name _____

Date _____

Year in School 6 7 8

By signing below, I acknowledge the following:

1. I have been informed concerning and consent to my student's participating in returning to play in accordance with the return-to-play and return-to-learn protocols established by Illinois State law;
2. I understand the risks associated with my student returning to play and returning to learn and will comply with any ongoing requirements in the return-to-play and return-to-learn protocols established by Illinois State law;
3. And I consent to the disclosure to appropriate persons, consistent with the federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Public Law 104-191), of the treating physician's or athletic trainer's written statement, and, if any, the return-to-play and return-to-learn recommendations of the treating physician or the athletic trainer, as the case may be.

Student Signature _____

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian/s Signature _____

For School Use only

☐

Return to Learn and Return to Play Medical Form must be included with this consent from a treating physician or athletic trainer working under the supervision of a physician that indicates, in the individual's professional judgement, it is safe for the student to return to play and return to learn and/ or the time line for these to occur and any restrictions placed on the student-athlete.

Cleared for Return to Play

Cleared for Return to Learn

Date _____

Date _____



Formulario de consentimiento de post -concusión

(Retorno a juego / Volver a aprender)



Nombre del estudiante _____

Fecha _____

Año en la Escuela 6 7 8

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

1. He sido informado acerca y apruebo que mi hijo participe en volver a jugar de acuerdo con el retorno a juego y volver a aprender los protocolos establecidos por la ley del Estado de Illinois;
2. Entiendo los riesgos asociados con mi estudiante de volver a jugar y volver a aprender y cumplirá con todos los requisitos actuales en el retorno a juego y volver a aprender los protocolos establecidos por la ley del Estado de Illinois;
3. Y mi consentimiento para la divulgación a las personas apropiadas, de conformidad con la Ley Federal de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (Ley Pública 104-191), de la declaración escrita el preparador físico del médico tratante o de, y, en su caso el retorno a juego y volver a aprender las recomendaciones del médico tratante o el preparador físico, como sea el caso

Firma del Estudiante _____

Nombre de Padres/Guardianes _____

Firma de Padres/Guardianes _____

Para uso de la escuela solamente

☐

Return to Learn y Return to Play Forma Medica debe ser incluida con este consentimiento de un médico tratante o el entrenador de atletismo que trabajan bajo la supervisión de un médico que indica, en el juicio profesional de la persona, es seguro para el estudiante para volver a jugar y vuelta para aprender y / o la línea de tiempo para que estos a ocurrir y cualquier restricción impuesta en el estudiante-atleta.

**Despejado para Volver a regresar to
Return to Play**

Fecha _____

**Despejado para Volver a Aprender
Cleared for RTP**

Date _____