NJ OCCMED
OCCUPATIONAL HEALTH CLINIC

1221N. Church Street, Suite #104
Moorestown, NJ 08057
Phone: (856) 924-9188
Fax: 856-735-9878
www.njoccmed.com

Sports Physicals Parental Consent Form

(Formulario de consentimiento de los padres para exámenes físicos deportivos)

Student's Name:
(Nombre del estudiante)

_____

Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle:**_____
(Apellido(s)) (Nombre(s)) (Segundo nombre)

Parent/Guardian Name:
(Nombre del padre/tutor)

_____

Home Phone: _____
(Teléfono particular)

I heareby authorize my daughter/sone to have a pre-participation sports physical given by the physician at Moorestown Primary Care. I understand that if a condition exists and it not discovered, Moorestown Primary Care, and/or each participating member shall not be held liable in any way.

(Por la presente, autorizo a mi hijo/a a someterse a un examen físico deportivo previo a la participación, realizado por el médico de Moorestown Primary Care. Comprendo que, si existe alguna afección que no sea detectada, Moorestown Primary Care y/o cualquiera de sus miembros participantes no serán considerados responsables bajo ninguna circunstancia.)

Parent/Guardian Signature:
(Firma del padre/tutor)

_____

Date: _____
(Fecha)