

PAQUETE DE REGISTRO DEL JUGADOR

INTRODUCCIÓN

Cada estudiante interesado en participar en deportes interescolares en las Escuelas Públicas de Chicago deberá presentar un Paquete de Registro de Jugador completo antes de participar en cualquier práctica o competencia, y antes de que se establezca su elegibilidad. El entrenador/director atlético es responsable de obtener el paquete del participante y asegurarse de que esté completo. El director atlético es responsable de registrar la información en el módulo deportivo de ASPEN, archivar los registros en papel o electrónicos y ponerlos a disposición del Departamento de Administración Deportiva según sea necesario para fines de auditoría.

Un paquete de registro de jugador completo incluye:

- Formulario completo del paquete de registro del jugador que incluye:
 - Formulario de información general
 - Consentimiento general de los padres
 - Reconocimiento de los estatutos
 - Declaración de elegibilidad
 - Comunicado de prensa

Información adicional que debe presentarse para determinar la elegibilidad del estudiante:

- Formularios de documentación médica
 - **Dentro del último 395 días** Certificado del Estado de Illinois **Examen de salud infantil** -[Inglés](#) (también incluido) **O Examen de preparticipación de la IHSA** ([Inglés](#) / [Español](#))
 - Formulario de reconocimiento y consentimiento de medicina deportiva de la IHSA (**página 9**)

INFORMACIÓN GENERAL

Escuela: _____ Nombre: _____ Número de identificación del estudiante: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____ DIRECCIÓN: _____

Nombre y parentesco del contacto de emergencia: _____

Número(s) de contacto de emergencia: _____

Fecha de inscripción este semestre: _____ Fecha de inscripción inicial en la escuela secundaria: _____

Número de semestres cursados en la escuela secundaria, incluyendo el semestre actual: _____

¿Eres estudiante transferido? ¿Has asistido alguna vez a una escuela secundaria diferente a la que asistes actualmente? ☐ SÍ ☐ NO

Deporte (Encierra en un círculo todas las opciones que correspondan):

Béisbol Baloncesto Bolos A campo traviesa Animación/baile competitivo
Fútbol americano Golf Lacrosse Fútbol Softbol/16 pulgadas Natación/Buceo
Tenis Atletismo Voleibol Waterpolo Otro: _____

Historial de participación atlética

<u>Escuela:</u> Si es diferente de la escuela actual	<u>EL</u>	<u>Deportes en los que participó:</u>	<u>Lesiones y tratamiento:</u> es decir: Conmociones cerebrales, cirugías, etc.	<u>AAU/Club:</u> Afiliación deportiva/de equipo	<u>Comentarios adicionales</u>
	FR.				
	Ent on ce s.				
	Jr.				
	Sr.				

RECONOCIMIENTO DE LOS ESTATUTOS

Estoy recibiendo el [Estatutos y reglamento del departamento de atletismo de las Escuelas Públicas de Chicago](#) y acepto que mi hijo cumplirá con todas las reglas de la Liga Pública de Chicago.

Iniciales del estudiante: _____ Iniciales del padre/madre/tutor legal: _____

ELEGIBILIDAD ATLÉTICA

Entiendo que para participar en actividades deportivas en las Escuelas Públicas de Chicago, incluyendo entrenamientos y competiciones, debo mantener mi elegibilidad académica. [Política de CPS: Sin pase no se juega](#)

Iniciales del estudiante: _____ Iniciales del padre/madre/tutor legal: _____

RECONOCIMIENTO DE TRANSPORTE

Se desaconseja encarecidamente el uso de vehículos particulares de entrenadores o representantes escolares para el transporte de estudiantes a eventos deportivos. Sin embargo, cuando el uso de un vehículo particular sea la única opción viable, se permitirá su uso

siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la Política de Viajes Estudiantiles de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS). [Política de viajes de CPS](#)

****Opcional****

Autorizo al personal escolar a utilizar vehículos privados para transportarme a eventos deportivos, de acuerdo con la aprobación y autorización del director de la escuela, siempre que el agente de transporte cumpla con las condiciones y requisitos de la Política de Viajes Estudiantiles de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS).

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del estudiante: _____

Declaro ser el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente.

Doy permiso para que mi hijo participe en actividades deportivas de la escuela secundaria durante el año escolar _____. Entiendo y reconozco que existen riesgos conocidos y desconocidos y el potencial de lesiones inherentes a toda actividad deportiva, incluyendo, entre otros: moretones, rasguños, cortes, golpes, fracturas, conmociones cerebrales, parálisis o muerte.

Reconozco y comprendo que la participación en actividades deportivas conlleva riesgos adicionales para mi hijo/a, para mí y para otros miembros de mi familia y comunidad, debido a la posible exposición a enfermedades, incluido el virus COVID-19. Estos riesgos son mayores cuando las personas están en contacto cercano. Acepto que mi hijo/a participe a pesar de estos riesgos. **Acepto que mi hijo/a cumplirá con todas las precauciones de seguridad implementadas por el personal, incluyendo, entre otras: (1) permitir la toma de temperatura corporal, (2) responder preguntas relacionadas con la salud, (3) usar mascarillas o cubrebocas, (4) traer y usar su(s) propia(s) botella(s) de agua, toalla(s) y demás equipo/suministros personales durante esta actividad, y (5) cumplir con los requisitos de distanciamiento social.** Entiendo que el incumplimiento de estas indicaciones por parte de mi hijo/a podría descalificarlo/a para participar en actividades deportivas. Acepto que mi hijo/a no participará en ninguna actividad deportiva si da positivo en la prueba de COVID-19 o presenta síntomas de la enfermedad.

Yo, en mi nombre y en el de mi hijo/a, nuestros herederos, cesionarios, representantes y parientes más cercanos, acepto eximir de toda responsabilidad y renunciar a cualquier reclamación contra la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (también conocida como Escuelas Públicas de Chicago), sus funcionarios, empleados y voluntarios, por cualquier enfermedad, lesión, responsabilidad o daño que surja de la participación en actividades deportivas, incluyendo aquellos que surjan por negligencia o mala conducta deliberada e imprudente por parte de la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago, sus empleados, funcionarios y/o voluntarios. Asimismo, acepto indemnizar y defender a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago por cualquier costo o gasto de defensa que surja de cualquier reclamación, lesión, responsabilidad o daño que surja de la participación de mi hijo/a.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO E INFORMACIÓN/DOCUMENTOS MÉDICOS

Entiendo que, en caso de lesión o enfermedad que requiera tratamiento médico y traslado a un centro de salud, se hará todo lo posible por contactar al padre/madre o tutor legal del estudiante deportista. Sin embargo, si fuera necesario, el estudiante deportista recibirá tratamiento y será trasladado en ambulancia a un centro médico, como un hospital.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Información sobre seguros **Opcional**

Nombre del estudiante: _____ Compañía de seguros: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Número de póliza: _____ Grupo: _____

Nombre del médico: _____ Número de contacto del médico: _____

Los estudiantes no tienen permitido participar en actividades deportivas en las Escuelas Públicas de Chicago hasta que reciban la autorización médica de un médico y reconozcan que son conscientes de los riesgos médicos asociados con las actividades deportivas. **Por consiguiente, los padres/tutores deben leer, completar y devolver al entrenador/director atlético los siguientes formularios debidamente cumplimentados antes de que los estudiantes puedan participar en actividades deportivas con las Escuelas Públicas de Chicago:**

RECONOCIMIENTO DE LOS MEDIOS

Tenga en cuenta que los eventos deportivos de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) pueden ser transmitidos en directo, fotografiados y grabados.

La entrada, presencia y participación de su hijo/a en el evento constituye su consentimiento para la transmisión en vivo, la toma de fotografías y la grabación por parte de CPS, así como para la divulgación, publicación, exhibición o reproducción de cualquier grabación de su hijo/a o su voz para cualquier propósito relacionado con CPS y sus iniciativas. Esto incluye, por ejemplo, su uso en sitios web, redes sociales o publicaciones de terceros.

Al permitir que su hijo/a asista y participe en el evento, usted renuncia y libera cualquier reclamo que pueda tener relacionado con el uso de transmisión en vivo, fotografía y grabación de su hijo/a en el evento, incluyendo, sin limitación, cualquier derecho a inspeccionar o aprobar cualquier foto o grabación de su hijo/a; cualquier reclamo por invasión de la privacidad, violación del derecho a la publicidad, difamación e infracción de derechos de autor; o por cualquier tarifa por el uso de dichos medios grabados.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____



State of Illinois
Certificate of Child Health Examination

Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#					
Last First Middle				Month/Day/Year								
Address Street City Zip Code				Parent/Guardian Telephone # Home Work								
IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for <i>every</i> dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.												
REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1		DOSE 2		DOSE 3		DOSE 4		DOSE 5		DOSE 6	
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP												
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT
Polio (Check specific type)	☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV	
Hib Haemophilus influenza type b												
Pneumococcal Conjugate												
Hepatitis B												
MMR Measles Mumps Rubella							Comments: * indicates invalid dose					
Varicella (Chickenpox)												
Meningococcal conjugate (MCV4)												
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose												
Hepatitis A												
HPV												
Influenza												
Other: Specify Immunization Administered/Dates												
Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.												
Signature				Title				Date				
Signature				Title				Date				
ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY												
1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result. *MEASLES (Rubeola) MO DA YR **MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR												
2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease. Date of Disease Signature Title												
3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) ☐ Measles* ☐ Mumps** ☐ Rubella ☐ Varicella Attach copy of lab result. *All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence. **All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.												
Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: _____ Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.												

Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statements of Medical Contraindication Are Reviewed and *Maintained* by the School Authority.

Last First Middle				Birth Date Month/Day/ Year		Sex	School	Grade Level/ ID
HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER								
ALLERGIES (Food, drug, insect, other)		Yes No	List:		MEDICATION (Prescribed or taken on a regular basis.)		Yes No	List:
Diagnosis of asthma?		Yes	No		Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)		Yes	No
Child wakes during night coughing?		Yes	No		Hospitalizations? When? What for?		Yes	No
Birth defects?		Yes	No		Surgery? (List all) When? What for?		Yes	No
Developmental delay?		Yes	No		Serious injury or illness?		Yes	No
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.		Yes	No		TB skin test positive (past/present)?		Yes*	No
Diabetes?		Yes	No		TB disease (past or present)?		Yes*	No
Head injury/Concussion/Passed out?		Yes	No		Tobacco use (type, frequency)?		Yes	No
Seizures? What are they like?		Yes	No		Alcohol/Drug use?		Yes	No
Heart problem/Shortness of breath?		Yes	No		Family history of sudden death before age 50? (Cause?)		Yes	No
Heart murmur/High blood pressure?		Yes	No		Dental ☐ Braces ☐ Bridge ☐ Plate Other			
Dizziness or chest pain with exercise?		Yes	No		Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.			
Eye/Vision problems? Glasses ☐ Contacts ☐ Last exam by eye doctor _____		Parent/Guardian						
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)		Signature						
Ear/Hearing problems?		Yes	No		Date			
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?		Yes	No					
PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA								
HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old			HEIGHT		WEIGHT		BMI	BMI PERCENTILE
								BP
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes ☐ No ☐ And any two of the following: Family History Yes ☐ No ☐ Ethnic Minority Yes ☐ No ☐ Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes ☐ No ☐ At Risk Yes ☐ No ☐								
LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)								
Questionnaire Administered? Yes ☐ No ☐			Blood Test Indicated? Yes ☐ No ☐			Blood Test Date Result		
TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm .								
No test needed ☐ Test performed ☐			Skin Test: Date Read			Result: Positive ☐ Negative ☐ mm _____		
			Blood Test: Date Reported			Result: Positive ☐ Negative ☐ Value _____		
LAB TESTS (Recommended)		Date	Results				Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit					Sickle Cell (when indicated)			
Urinalysis					Developmental Screening Tool			
SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs			Normal	Comments/Follow-up/Needs		
Skin					Endocrine			
Ears		Screening Result:			Gastrointestinal			
Eyes		Screening Result:			Genito-Urinary		LMP	
Nose					Neurological			
Throat					Musculoskeletal			
Mouth/Dental					Spinal Exam			
Cardiovascular/HTN					Nutritional status			
Respiratory		☐ Diagnosis of Asthma			Mental Health			
Currently Prescribed Asthma Medication: ☐ Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) ☐ Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)					Other			
NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting				DIETARY Needs/Restrictions				
SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup								
MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student? If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ☐ Nurse ☐ Teacher ☐ Counselor ☐ Principal								
EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)? Yes ☐ No ☐ If yes, please describe.								
On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in					(If No or Modified please attach explanation.)			
PHYSICAL EDUCATION Yes ☐ No ☐ Modified ☐				INTERSCHOLASTIC SPORTS Yes ☐ No ☐ Modified ☐				
Print Name		(MD,DO, APN, PA)		Signature		Date		
Address				Phone				

Hoja informativa sobre conmociones cerebrales

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son causadas por un golpe, impacto o sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo cuya fuerza se transmite a la cabeza. Pueden variar de leves a graves y pueden alterar el funcionamiento normal del cerebro. Aunque la mayoría de las conmociones cerebrales son leves, **Todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar Las complicaciones incluyen daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y gestionado adecuadamente.** En otras palabras, incluso un golpe o un simple impacto en la cabeza puede ser grave. Las conmociones cerebrales son invisibles y la mayoría ocurren sin pérdida de conocimiento. Los signos y síntomas pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o tardar horas o días en manifestarse por completo. Si su hijo presenta algún síntoma de conmoción cerebral, o si usted mismo nota alguno, busque atención médica de inmediato.

Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • dolores de cabeza • “Presión en la cabeza” • Náuseas o vómitos • Dolor de cuello • Problemas de equilibrio o mareos • Visión borrosa, doble o difusa • Sensibilidad a la luz o al ruido • Sentirse lento o con poca energía • Sensación de confusión o somnolencia • Modorra • Cambio en los patrones de sueño | <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia • “No me siento bien” • Fatiga o baja energía • Tristeza • Nerviosismo o ansiedad • Irritabilidad • Más emotivo • Confusión • Problemas de concentración o memoria (olvidar jugadas). • Repetir la misma pregunta/comentario |
|--|---|

Entre las señales observadas por compañeros de equipo, padres y entrenadores se incluyen:

- Parece aturdido
- Expresión facial vacía
- Confundido acerca de la tarea
- Olvida las jugadas
- No está seguro del juego, el marcador o el oponente.
- Se mueve con torpeza o muestra descoordinación.
- Responde a las preguntas lentamente
- habla arrastrada
- Muestra cambios de comportamiento o personalidad.
- No puedo recordar los eventos previos al golpe.
- No puede recordar los eventos posteriores al golpe.
- Convulsiones o ataques epilépticos
- Cualquier cambio en el comportamiento o la personalidad típicos
- Pierde el conocimiento



Hoja informativa sobre conmociones cerebrales (Continuación)

¿Qué puede ocurrir si mi hijo sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa demasiado pronto?

Los atletas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados del juego de inmediato. Continuar jugando con estos signos y síntomas deja al joven atleta especialmente vulnerable a lesiones más graves. Existe un mayor riesgo de sufrir daños significativos por una conmoción cerebral durante un tiempo después de que ocurra, particularmente si el atleta sufre otra conmoción antes de recuperarse por completo de la primera. Esto puede llevar a una recuperación prolongada, o incluso a una inflamación cerebral grave (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los atletas adolescentes a menudo no informan los síntomas de las lesiones. Las conmociones cerebrales no son una excepción. Por lo tanto, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para la seguridad de los estudiantes atletas.

Si cree que su hijo ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta del que se sospeche que sufre una conmoción cerebral debe ser retirado del juego o entrenamiento de inmediato. Ningún atleta puede regresar a la actividad después de una aparente lesión en la cabeza o conmoción cerebral, independientemente de lo leve que parezca o de la rapidez con que desaparezcan los síntomas, sin autorización médica. Se debe mantener una observación atenta del atleta durante varias horas. La Ley de Seguridad contra la Conmoción Cerebral en Deportes Juveniles exige que los atletas completen los protocolos de Regreso al Juego (RTP) de su escuela antes de regresar al juego o entrenamiento después de una conmoción cerebral o después de ser retirados de una competencia interescolar debido a una posible lesión en la cabeza o conmoción cerebral y no estar autorizados para regresar a esa misma competencia.

También debes informar al entrenador de tu hijo si crees que podría tener una conmoción cerebral. Recuerda que es mejor perderse un partido que toda la temporada. Y ante la duda, el atleta no juega.

Para obtener información actualizada sobre las conmociones cerebrales, puede visitar: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Adaptado del CDC y de la 3.^a Conferencia Internacional sobre Conmociones Cerebrales en el Deporte. Documento creado el 1/7/2011. Revisado el 24/4/2013, el 16/7/2015 y en julio de 2017.



Política de sustancias para mejorar el rendimiento de la IHSA

En 2008, la Junta Directiva de la IHSA estableció la Política de Sustancias para Mejorar el Rendimiento (PES, por sus siglas en inglés) de la asociación. Puede acceder a una copia completa de la política y otros recursos relacionados en el sitio web de Medicina Deportiva de la IHSA. Además, a continuación se incluyen enlaces a la Política de PES y a las clases de sustancias prohibidas de la asociación. Los administradores escolares pueden acceder a los recursos necesarios para la implementación de la política en el Centro Escolar de la IHSA.

Como requisito previo para participar en las actividades deportivas de la IHSA, hemos revisado la normativa y aceptamos que yo/nuestro estudiante no utilizaremos sustancias para mejorar el rendimiento, según lo define dicha normativa. Entendemos que el incumplimiento de esta normativa podría acarrear sanciones, ya sea por parte de mi/nuestro estudiante o de la IHSA.

[Política de IHSA PES](#)

[Clases de medicamentos prohibidos por la IHSA](#)



Formulario de reconocimiento y consentimiento de medicina deportiva de la IHSA

Reconocimiento y consentimiento

Consentimiento y reconocimiento del estudiante/padre

Al firmar este formulario, reconocemos que se nos ha proporcionado información sobre las conmociones cerebrales y la [Política de sustancias para mejorar el rendimiento de la IHSA](#).

ALUMNO

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____ Grado (9-12): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el estudiante: _____

Consentimiento para la autoadministración de medicamentos para el asma

La Ley Pública 098-0795 de Illinois establece nuevas directrices para las escuelas con respecto al porte y la autoadministración de medicamentos para el asma por parte de los estudiantes. Para que los estudiantes puedan portar y autoadministrarse medicamentos para el asma, los padres o tutores deben proporcionar a las escuelas lo siguiente:

- Autorización por escrito de los padres o tutores del estudiante para que este pueda llevar y administrarse el medicamento por sí mismo.
- La etiqueta de la receta, que debe contener el nombre del medicamento para el asma, la dosis prescrita y la hora o las circunstancias en las que se debe administrar el medicamento para el asma.

Puede consultar una copia completa de la ley en <http://www.ilga.gov/legislation/publicacts/98/PDF/098-0795.pdf>.

Cada año, las escuelas miembros de la IHSA están obligadas a mantener archivado un formulario de reconocimiento y consentimiento firmado, así como un examen físico previo a la participación vigente, para todos los estudiantes atletas.