



Paquete de Participación y Elegibilidad Atletismo Inter escolar de Preparatorias 2023-2024

- Formulario para la Participación en Atletismo Inter escolar de Preparatorias de WS/FCS: Permiso, Reconocimiento y Autorización.....2-5*
- Evaluación Física Previa a la Participación.....6-10*
- Hoja informativa de concusión del estudiante – atleta y padre de familia/tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA.....11
- Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante – atleta y padre de familia/tutor legal.....12*
- Formulario de Elegibilidad, Consentimiento para Participar Y Autorización de tratamiento de la NCHSSA del 2023-2024.....13-14*
- Atrium Health Wake Forest Baptist – Programa de Difusión de Entrenamiento Atlético.....15
- Formulario de Permiso y Divulgación para Grabaciones del Programa de Entrenamiento Atlético16-17*

****Indica un formulario que debe completarse, firmarse y devolverse a la escuela de su estudiante antes de que a su estudiante se le permita participar en cualquier actividad atlética, incluyendo entrenamientos.***

**ESCUELAS DE WINSTON-SALEM/FORSYTH COUNTY
FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO INTER ESCOLAR DE PREPARATORIAS
PERMISO, RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN**

Nombre del padre/Tutor legal:			Nombre del estudiante-atleta:		
Relación con el estudiante-atleta (marque uno): <input type="checkbox"/> Madre biológica/adoptiva <input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor Legal de acuerdo con una orden de la corte <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Dirección:			Escuela:		Grado:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fecha de Nacimiento:		Género:
Teléfono del Padre/Tutor Legal: Casa: Trabajo: Celular:			Año en el que el estudiante-atleta entró al 9no grado:		
Nombre del contacto de emergencia: Relación con el estudiante atleta:			Teléfono del contacto de emergencia: Casa: Trabajo: Celular:		
SEGURO MÉDICO: la Política 6145 de la Junta de WS/FCS requiere que todos los estudiantes que participan en atletismo estén adecuadamente cubiertos por un seguro médico o de accidentes. Al firmar a continuación, nosotros certificamos que hemos comprado y mantendremos en total cobertura y efecto la siguiente póliza de seguro durante la participación en atletismo del estudiante-atleta:					
Marque uno: <input type="checkbox"/> Seguro de accidente escolar <input type="checkbox"/> Otra compañía de seguro				Número de Póliza:	
Nombre de la otra compañía de seguro:					
Dirección de la otra compañía de seguro:				Número de grupo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Período de cobertura de la póliza: De: A:		

Solicitud de Permiso: WS/FCS ofrece actualmente atletismo Inter escolaren los siguientes deportes: Básquetbol, Béisbol, Carrera a campo traviesa, Fútbol Americano, Golf, Fútbol, Sóftbol, Natación, Tenis, Corredor de Pista, Vóleibol, Lucha Libre, Pelota Lacrosse, Animador-porrista, Baile, y Hockey sobre hierba. Nosotros, el estudiante y padre/tutor legal del estudiante suscritos, solicitamos permiso para participar en uno o más de los deportes antes mencionados:

Elegibilidad Atlética, Académicos: Un estudiante debe cumplir con los estándares académicos del NCHSAA y obtener un Promedio de Calificaciones (QPA, por sus siglas en inglés) de 2.0 en el periodo (9 semanas) de calificaciones del trimestre académico anterior. Un estudiante cuyo QPA del semestre sea 2.0 o mayor pero cuyo QPA del 2do o 4to trimestre esté por debajo de 2.0 será elegible para atletismo si el estudiante acepta participar y asiste al Programa de Apoyo Académico (ASP, por sus siglas en inglés) en la escuela del estudiante durante el siguiente trimestre académico. Un estudiante cuyo QPA del 2do o 4to trimestre sea 2.0 pero cuyo QPA del semestre esté por debajo de 2.0 será elegible para atletismo si el estudiante acepta participar y asiste al ASP durante el siguiente trimestre académico. Debido a que las calificaciones de la Escuela de Verano son de aprobado/reprobado, éstas no afectarán el QPA de un estudiante. Vea la Política 6145 para información sobre exenciones por dificultades.

Elegibilidad Atlética, Asistencia: Un estudiante que esté ausente más de trece (13) días injustificados en un semestre no será elegible para participar en ningún deporte Inter escolar durante el siguiente semestre a menos de que se le otorgue una exención por dificultades. Vea la Política 6145 para información sobre Exenciones por Dificultades.

Elegibilidad Atlética, Cambio de Residencia o Transferencia Especial: un estudiante que cambie su domicilio a o dentro del Condado de Forsyth, según lo define el NCHSAA, o sea otorgado una transferencia especial, durante una temporada de deportes, no será elegible para atletismo Inter escolar en la nueva escuela, en el mismo deporte, por el resto de la temporada de ese deporte. Si un estudiante o los padres de un estudiante creen que la aplicación de esta regla creará una dificultad innecesaria, ellos pueden solicitar una exención por una buena causa justificada de acuerdo con los procedimientos de revisión de elegibilidad atlética en la Política 6145.

Elegibilidad Atlética, Alcohol/Drogas: Para ser elegible para participar en atletismo, el estudiante, con el consentimiento de sus padres, debe aceptar por escrito, someterse a pruebas al azar de alcohol y drogas. El estudiante deberá hacerse la prueba de alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas y cualquier otra sustancia controlada que el Superintendente considere apropiada. La información sobre la política, programa y procedimientos de las pruebas de alcohol/drogas es proporcionada en un folleto por separado, el cual se espera que todos los atletas y sus padres lean.

Consecuencias de una prueba positiva: (El estudiante no será suspendido de la escuela como resultado de una prueba positiva).

Primera Infracción: en el caso que un estudiante falle o se niegue a participar en la prueba de alcohol/drogas cuando sea seleccionado al azar, o arroje un resultado positivo por alcohol o drogas, el estudiante no será elegible para participar en atletismo por 365 días. Sin embargo, si el estudiante acepta ser evaluado e inscribirse y completar exitosamente un programa de educación y/o intervención de abuso de alcohol y/o drogas, el estudiante recuperará la elegibilidad para participar en atletismo inmediatamente.

Segunda Infracción: en el caso que un estudiante arroje un resultado positivo una segunda vez, falle o se niegue a participar en la segunda prueba de alcohol/drogas cuando sea seleccionado al azar, el estudiante no será elegible para participar en atletismo por 365 días.

Posesión, Uso, Venta o Distribución: si un atleta posee o está bajo la influencia (en cualquier grado) de alcohol o drogas ilegales en la escuela o cualquier actividad escolar, o si un estudiante vende o distribuye alcohol o una sustancia controlada, el atleta no será elegible para atletismo por un mínimo de treinta (30) días escolares, además de estar sujeto a suspensión o expulsión de la escuela tal como se establece en la Política 5131.6 y el AR 5131, Pautas para la Disciplina Estudiantil.

Al firmar el formulario a continuación, yo, el estudiante y yo, el padre/tutor legal del estudiante, reconocemos que hemos leído la información proporcionada por WS/FCS explicando la Política y los procedimientos de WS/FCS para las pruebas aleatorias de alcohol y drogas.

Yo, el estudiante, acepto participar en pruebas aleatorias de alcohol/drogas y autorizo a WS/FCS, sus agentes o empleados, a que me entreguen los resultados de mi prueba de alcohol/drogas a mí, mis padres/tutor legal y funcionarios escolares.

Yo, el padre/tutor legal del estudiante, doy permiso a mi niño para participar en el programa de pruebas aleatorias de alcohol/drogas de WS/FCS.

Elegibilidad Atlética, Otras Reglas a Seguir: Para representar a tu escuela en atletismo, TÚ:

1. Debes ser un estudiante adecuadamente inscrito al momento que participas, debes estar inscrito antes del 15to día del semestre actual y debes estar asistiendo regularmente a esa escuela.
2. No debes haber excedido ocho (8) semestres consecutivos de asistencia o haber participado en más de cuatro (4) temporadas en cualquier deporte desde que ingresaste al 9no grado.
3. Debes tener menos de 19 años de edad el o antes del 31 de agosto.
4. Debes vivir con tus padres o tu tutor legal dentro de la unidad escolar administrativa (excepciones deben ser aprobadas por tu director y por el NCHSAA). Un estudiante es elegible si ha asistido a la escuela dentro de esa unidad los dos (2) semestres anteriores (si es elegible en todos los demás aspectos).
5. Debes estar presente por un mínimo del cincuenta por ciento (50%) del día escolar el día de una competencia atlética para poder participar en el evento.
6. Debes haber recibido y aprobado un examen médico por un médico con licencia (o asistente de médico), en los últimos 395 días. Si faltas a cinco (5) o más días de práctica por enfermedad o lesión, debes recibir autorización médica antes de practicar o jugar.
7. No debes aceptar premios, mercancía, dinero o cualquier cosa que se pueda intercambiar por dinero como resultado de la participación atlética. Esto incluye estar en una lista para equipo gratuito o prestado, etc.
8. No debes haber firmado un contrato profesional, haber jugado en un equipo universitario junior o estar inscrito y asistir a una clase en la universidad.
9. No debes participar en juegos de estrellas o juegos de tazón que no sean sancionados.
10. No puedes recibir instrucciones del personal de entrenamiento de tu escuela durante el año escolar fuera de la temporada de tu deporte (desde la primera práctica hasta los juegos finales). La instrucción está limitada al entrenador y uno o varios participantes en entornos de grupos pequeños.
11. No puedes, individualmente o como equipo, practicar o jugar durante el día escolar (desde la primera práctica hasta la conferencia del torneo). Excepciones: los jugadores de golf y tenis pueden jugar durante el día escolar con permiso previo del Superintendente.
12. No puedes jugar, practicar o armar un equipo con tu entrenador los domingos.
13. No puedes vestirme para una competencia, sentarte en la banca o practicar si no eres elegible para participar.
14. No debes jugar más de tres (3) juegos en un deporte por semana (excepciones: básquetbol, béisbol, sóftbol y vóleibol); y no más de una (1) competencia por día en el mismo deporte (excepciones: béisbol, sóftbol, vóleibol).
15. Puedes asistir únicamente a aquellos campamentos de verano por los que tú o tus padres/tutor legal paguen la cuota.

16. No debes haber sido condenado por un delito clasificado como felonía bajo la ley de Carolina del Norte o la ley federal, ni haber sido adjudicado como delincuente por una ofensa que hubiera sido una felonía si fuese cometida por un adulto.

Elegibilidad Atlética, Reconocimiento: Nosotros, el estudiante y padre/tutor legal suscritos, hemos leído y discutido los requisitos generales para la elegibilidad atlética de preparatoria. Entendemos que cualquier pregunta adicional o circunstancia específica debe ser dirigida al entrenador, director atlético o director de mi estudiante. Certificamos que toda la información prevista en este formulario es precisa y actual. Yo, el padre/tutor legal suscrito, certifico que la dirección residencial que yo proporcioné en este documento es mi único domicilio legítimo y que notificaré inmediatamente al director escolar de cualquier cambio de domicilio, puesto que tal cambio podría alterar el estatus de elegibilidad de mi estudiante-atleta. Yo, el padre/tutor legal suscrito, reconozco además que no debo falsificar ninguna información de elegibilidad oficial relacionada con mi domicilio y reconozco que el hacerlo podría resultar en una pérdida de la elegibilidad de mi estudiante-atleta por 365 días.

Riesgo de Lesión y Enfermedad: Nosotros reconocemos y entendemos que existe un riesgo de lesión y enfermedad envuelto en la participación atlética, **incluyendo posible exposición a y padecimiento de enfermedades contagiosas, incluyendo COVID-19.** Entendemos que el estudiante-atleta estará bajo la supervisión de un entrenador atlético de WS/FCS. Aceptamos seguir las reglas y regulaciones del deporte y las instrucciones del entrenador para poder reducir el riesgo de lesión y enfermedad al estudiante y otros atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni WS/FCS pueden eliminar el riesgo de lesión y enfermedad en los deportes. Lesiones y enfermedades pueden y llegan a ocurrir. Las lesiones y enfermedades deportivas pueden ser severas y en algunos casos pueden resultar en discapacidad permanente o aún la muerte. Nosotros aceptamos y asumimos libremente, a sabiendas y voluntariamente, el riesgo de lesión y enfermedad que puede ocurrir al participar en atletismo.

Asunción de Riesgo, Renuncia de Responsabilidad e Indemnización: Al firmar este documento, asumimos cualquier y todo riesgo de lesión y enfermedad asociado con la participación del estudiante-atleta en atletismo Inter escolar. En consideración de que WS/FCS permita al estudiante-atleta participar en atletismo, nosotros aceptamos liberar sin daños e indemnizar a WS/FCS, sus entrenadores atléticos, y otros empleados de y en contra de cualquier y todo reclamo, demanda o causa de acción que surja por o a causa de cualquier lesión o enfermedad que el estudiante-atleta pueda sufrir como resultado de participar en atletismo, excepto alguna lesión que resulte por negligencia grave o a propósito.

Divulgación de Información: Al firmar a continuación, yo, el estudiante y yo, el padre/tutor legal del estudiante, consentimos y damos permiso para que WS/FCS utilice el nombre, semejanza e información atlética relacionada del estudiante en reportes de competencias, publicaciones de promoción, redes sociales, sitios web y otros materiales y publicaciones relacionados con atletismo Inter escolar. Nosotros también consentimos y damos permiso para que los eventos deportivos en los que el estudiante participe sean transmitidos en vivo y/o grabados para ser transmitidos bajo demanda.

Permiso para Paseos de Atletismo Locales: Como miembro de un equipo atlético, el estudiante-atleta estará viajando en el autobús de actividades u otro medio de transporte a un número de escuelas y sedes locales este año escolar para eventos atléticos. El calendario del equipo atlético contiene información acerca de la locación de tales eventos atléticos. Los estudiantes-atletas serán supervisados por su entrenador u otro personal escolar. Al firmar a continuación, yo (el padre o tutor legal del estudiante-atleta), doy permiso para que mi estudiante-atleta viaje como miembro de un equipo atlético. Si tengo alguna pregunta sobre los viajes, le preguntaré al Entrenador Principal, Director Atlético o Director.

Autorización Médica: Al firmar a continuación, yo (el padre o tutor legal del estudiante-atleta), doy consentimiento para que el estudiante reciba una evaluación y examinación médica antes de participar en atletismo. Si el estudiante-atleta es lesionado mientras participa en atletismo y WS/FCS no logra comunicarse conmigo, yo le doy permiso y autoridad a WS/FCS de obtener el cuidado y tratamiento médico necesario para el estudiante-atleta incluyendo, pero no limitado a: primeros auxilios, tratamiento médico o tratamiento quirúrgico recomendado por un médico; y tratamiento médico recomendado por el entrenador atlético autorizado de WS/FCS. Acepto además la responsabilidad financiera por tal cuidado o tratamiento médico en nombre mío y de mi pareja.

Juramento del Estudiante-Atleta: Como un estudiante-atleta, soy un ejemplo a seguir. El usar lenguaje inapropiado; burlarse; hostigar; o el uso de contacto físico injustificado dirigido hacia los jugadores, entrenadores y fanáticos del equipo contrario va en contra del espíritu de juego limpio y la buena ética deportiva que mi escuela, mi conferencia y el NCHSAA espera de sus miembros. Acepto mi responsabilidad de dar un buen ejemplo de la ética deportiva que se espera de un estudiante-atleta.

Juramento de los Padres: Como padre, soy un ejemplo a seguir. Recordaré que el atletismo escolar es una extensión del salón de clases, que ofrece experiencias de aprendizaje para los estudiantes. Demostraré respeto hacia los jugadores, entrenadores, espectadores y grupos de apoyo del equipo contrario. Participaré en ovaciones, apoyando y animando a los equipos envueltos. Usar lenguaje inapropiado y burlas va en contra del espíritu de juego limpio y la buena ética deportiva que nuestra escuela, nuestra conferencia y el NCHSAA esperan de sus miembros. Acepto mi responsabilidad de demostrar la buena ética deportiva que se espera de los padres de un estudiante-atleta. Acepto cumplir con la Política 1170 – Política de Cortesía de WS/FCS.

Política de Ética Deportiva/Expulsión de NCHSAA: Nosotros, el estudiante y padres/tutor legal, reconocemos que hemos leído y entendemos la Política de Ética Deportiva/Expulsión de NCHSAA y WS/FCS. Entendemos que los siguientes tipos de comportamiento resultarán en una expulsión de una competencia atlética: pelear, contacto flagrante, burlarse u hostigar, blasfemia dirigida hacia un oficial o un oponente, gestos obscenos, dirigirse o comunicarse irrespetuosamente con un oficial. Vea la Política de Ética Deportiva/Expulsión de NCHSAA y la Regulación 6145.2 de la Administración de WS/FCS.

Código de Ética Deportiva: Nosotros reconocemos que los eventos atléticos Inter escolares deben ser conducidos de tal manera que garanticen que la buena ética deportiva prevalezca en todo momento. Debe hacerse todo esfuerzo para promover un ambiente de competición saludable. Actos de falta de ética deportiva no serán tolerados. Un estudiante deberá estar bajo la supervisión y control del entrenador en todo momento que el estudiante esté participando en un evento deportivo. **En el caso que un estudiante sea expulsado de una competencia atlética, WS/FCS y sus escuelas cumplirán con cualquier y todas las penalidades enumeradas en el Manual de NCHSAA y la Sección V del AR 6145.2 de WS/FCS Regulaciones de la Ética Deportiva/Expulsión.**

Nosotros, el estudiante y padres/tutor legal suscritos, hemos leído este documento y entendemos todos los requisitos para la participación atlética en mi escuela. Nos comprometemos a cumplir con los requisitos establecidos en todas las reglas de elegibilidad aplicables y en este documento. Toda la información contenida en este documento es precisa y correcta.

Estudiante:	Fecha:
Padres/Tutor Legal:	Fecha:

Instrucciones para rellenar la evaluación física de estudiantes deportistas de la NCHSAA antes de participar en los deportes (PPE, por sus siglas en inglés)

Para calificar médicamente para participar en la práctica o en competencias deportivas interescolares, un estudiante debe rellenar una evaluación física previa a la participación (PPE) y proporcionar la documentación médica adecuada a la escuela.

Hay tres secciones que deben rellenarse:

1. Formulario de historia (páginas 1-2)
 - a. El estudiante-deportista y su padre/madre/tutor deben rellenar este formulario.
 - b. Tanto el estudiante-deportista como su padre/ madre/ tutor deben firmar este formulario.
2. Formulario de examen físico (página 3)
 - a. Un profesional médico autorizado (MD, DO, NP o PA-C) debe rellenar y firmar esta sección.
 - b. El examen físico debe incluir una revisión exhaustiva del formulario de antecedentes. El profesional médico matriculado debe hacer preguntas aclaratorias o discutir cualquier área que haya quedado en blanco en el historial médico durante el examen físico.
 - c. El profesional médico debe firmar este formulario en el momento que realiza el examen físico.
3. Elegibilidad médica (página 4)
 - a. El profesional médico autorizado que relleno el formulario de antecedentes y realizó el examen físico debe rellenar y firmar esta sección.
 - b. El proveedor médico con licencia debe rellenar la Información de emergencia compartida en función de los resultados del formulario de historial y el examen físico.
 - c. El profesional médico también debe firmar este formulario en el momento que realiza el examen físico.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis
 Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES					
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		Sí	No		
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?				
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?				
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?				
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No		
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?				
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No		
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?				
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?				
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?				
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.				
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?				
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?				

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date of exam: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

- Medically eligible for certain sports

- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date of exam: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller–Waller de NCHSAA

¿Qué es una concusión? Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

¿Cómo sé si tengo una concusión? Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado(a)
	Mareo	Llorar más	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu padre/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)? Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu padre/madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión? Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas tenido una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión? Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu padre/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde) _____

Iniciales del
estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tutc

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitare el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

WS/FCS Página 12
Fecha

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD, CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE LA NCHSAA DEL 2023-2024

ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR EL ESTUDIANTE-ATLETA DE LA ESCUELA MIEMBRO DE LA NCHSAA Y POR EL PADRE/ MADRE/ TUTOR LEGAL DEL ESTUDIANTE ANTES DE QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR SIN LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/ MADRE/TUTOR LEGAL.

Reconozco (el estudiante-atleta y el padre/madre/ tutor) que he leído y entendido las Reglas de Elegibilidad de la Asociación Atlética de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte (NCHSAA, por sus siglas en inglés). Entiendo que una copia del Manual de la NCHSAA está archivada con el director y/o el director deportivo de la escuela miembro, y que puedo revisarla, si así lo deseo. Sé que mi escuela es un miembro de la NCHSAA y debe adherirse a todas las regulaciones que rigen los programas deportivos interescolares, incluyendo, pero no limitado a, las leyes federales y estatales, las regulaciones locales y las impuestas por la NCHSAA. Entiendo que las reglas locales pueden ser más estrictas que las de la NCHSAA y estoy de acuerdo en seguir las reglas de mi escuela y de la NCHSAA, y acatar sus decisiones. Reconozco y entiendo que la participación en el atletismo interescolar es un privilegio, no un derecho. Entiendo que el desempeño en el salón de clases, retirar una clase o tomar cursos a través de otras opciones educativas podría afectar la elegibilidad y el cumplimiento de los estándares académicos de la NCHSAA.

CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE

Como un estudiante-atleta, **entiendo y acepto** las responsabilidades siguientes:

Respetaré los derechos y creencias de los demás y trataré a los demás con cortesía y consideración. Seré **totalmente responsable** de mis acciones y de las consecuencias de mis acciones.

Respetaré la propiedad de los demás.

Respetaré y obedeceré las normas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

Mostraré respeto a los responsables de hacer cumplir las normas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

Entiendo que un estudiante cuya personalidad o conducta viole el código de atletismo o el código de responsabilidad de la escuela podría ser considerado no calificar para participar en los deportes por un período de tiempo determinado por el director o la administración del sistema escolar

LOS PADRES, TUTORES LEGALES O ESTUDIANTES QUE NO DESEAN ACEPTAR EL RIESGO DESCRITO EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Reconozco (el estudiante-atleta y el padre/madre/ tutor) que la participación en los deportes interescolares implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves incluyendo, pero no limitado a, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna vertebral, lesiones graves virtualmente a todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, y otros aspectos del sistema músculo-esquelético, lesiones graves o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos sobre la salud general y el bienestar del niño, y en casos raros, la muerte. Aunque las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todo riesgo. Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y su padre / madre/ tutor legal tienen la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado e inspeccionar su propio equipo diariamente.

Autorizo (el estudiante-atleta y el padre/madre/ tutor) el tratamiento médico, en caso de que surja la necesidad de tal tratamiento, mientras que el/la estudiante-atleta esté bajo la supervisión de la escuela miembro. Doy **consentimiento para tratamiento médico** para el estudiante-atleta después de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y/o un juego/competencia. Entiendo que en el caso de una **herida o enfermedad que requiera tratamiento médico y transporte a un centro de salud**, que se hará un intento razonable por contactar al padre / madre/ tutor legal, en caso que el estudiante-atleta sea menor de edad, pero que si es

necesario, el estudiante-atleta recibirá tratamiento y será llevado en ambulancia al hospital más cercano. Además autorizo el uso o divulgación de la información de salud personal de mi estudiante-atleta, si el tratamiento por enfermedad o lesión es necesario.

Entiendo (el estudiante-atleta y el padre/ madre/ tutor) que **todas las concusiones (golpes en la cabeza) son potencialmente serias** y pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado y muerte, si no se identifica y maneja correctamente. Además, entiendo que si el/la estudiante-atleta es sacado de una práctica o competencia, debido a la sospecha de una concusión cerebral, él/ella no podrá volver a participar en las actividades deportivas ese día. Después de ese día, él/ella deberá presentar una autorización escrita de un médico (M.D. O O.O.) o un entrenador atlético, que trabaje bajo la supervisión de un médico, antes de que pueda volver a participar. También reconozco que he **recibido, leído y firmado la hoja de información de concusión de Gfeller-Waller, así como visto el vídeo de educación de la concusión cerebral de Crash Course.**

Yo (el estudiante-atleta y el padre/ madre/ tutor) **doy consentimiento para que la NCHSAA use el nombre del estudiante**, imagen, gustos, y la información atlética en los informes de las competencias, la literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con los deportes interescolar; y le doy a la NCHSAA el derecho de fotografiar y/o filmar al participante, y seguir utilizando la cara del participante, voz y apariencia en relación con exposiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reserva ni limitación. Sin embargo, la NCHSAA, no tiene ninguna obligación de ejercer dichos derechos en este documento. Asimismo, autorizo la divulgación, por parte de la escuela miembro, a la NCHSAA, a su solicitud, de todos los registros relacionados con la elegibilidad atlética del estudiante-atleta incluyendo, pero no limitado a, sus registros relacionados con la matrícula, asistencia, nivel académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y aptitud física. El estudiante y padre / madre/ tutor legal individualmente y en nombre del estudiante, por la presente irrevocablemente, e incondicionalmente liberan de responsabilidad, sin limitación, a la NCHSAA, sus oficiales, agentes, abogados, representantes y empleados (colectivamente, los "Releasees") de todas las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluyendo honorarios de abogado) que el estudiante y/o el tutor legal incurran o sostienen a una persona, a una propiedad o a ambos, Que surgen de, resulten de, ocurren durante o están conectados de otra manera con la participación del estudiante en las actividades de atletismo interescolar, debido a la negligencia ordinaria de los "Releasees".

Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que estamos de acuerdo con que este estudiante participe. Entendemos que las autorizaciones y derechos otorgados en este documento son voluntarios y que podemos revocarlos en cualquier momento presentando dicha revocación por escrito a la escuela miembro del participante. Al hacerlo, sin embargo, entendemos que el participante ya no calificará para participar en los deportes interescolar,

Firma del estudiante

Fecha de nacimiento

Nivel de grado en la escuela

Fecha

Firma del padre/ madre/ tutor legal

Fecha



Athletic Training Outreach Program

Atrium Health Wake Forest Baptist is proud to deliver high quality athletic training services to local secondary schools, including the student-athletes of the Winston-Salem / Forsyth County school district. Our athletic trainers are Board Certified healthcare professionals and licensed by the state of North Carolina. As part of a complete healthcare team, our athletic trainers work under the direction of a licensed physician and in cooperation with other health care professionals, such as, school nurses, and physical therapists. They also work closely with athletic administrators, coaches, and parents.

We strive to provide student athletes of the WSFCS with access to evidenced based comprehensive healthcare from acute injury recognition, immediate injury management and referral by the athletic trainer to the appropriate medical providers, quick access to formal rehabilitation with our expert physical therapy staff. Our athletic trainers follow the most current return to play guidelines to ensure optimal return to sports participation with the lowest relative risk for re-injury. In addition, our program offers educational resources and preventive programs individualized to specific sports to decrease the student athletes' risk for future injuries.

Our athletic trainers also follow best practices when completing return-to-play protocols following a concussion. The goal is "return to learn" first, meaning a re-assimilation into the classroom environment in accordance to school board policy. Next, the student-athlete must be symptom free, and they must complete the mandated "return-to-play" protocol under the supervision of the athletic trainer. Finally, the student-athlete will need a signed concussion release form from a physician in order to return to competition.

Atrium Health Wake Forest Baptist Certified Athletic Trainers' knowledge base includes:

- Evaluation and assessment of musculoskeletal injuries and athletic-related illness
- Recognition and evaluation of head injuries & concussions
- Acute/emergency or on-field care of injuries
- Rehabilitation of musculoskeletal injuries
- Risk management and injury prevention
- General medical conditions and disabilities
- Health and wellness issues
- Nutritional counseling

Key functions Atrium Health Wake Forest Baptist certified Athletic Trainers perform:

- Design and implement injury prevention programs
- Evaluate, treat, and rehabilitate injured student athletes
- Prepare athletes for practices and competitions
- Monitor field and environmental conditions (including heat index; lightning)
- Attend all athletic practices and home athletic events, matches, and games
- Develop comprehensive return to play programs for injured student-athletes
- Communicate with physicians, parents, and coaches about injuries
- Develop emergency action plans for every athletic venue

Atrium Health Wake Forest Baptist strives to offer same day or next day appointments for all student-athletes with our sports medicine providers. **Please call (336) 716-3286** or see your athletic trainer to arrange an appointment. Please visit www.wakehealth.edu/sports-medicine for additional information.

Formulario de Permiso y Exención para Grabaciones del Programa de Entrenamiento Atlético 2023-2024

Nombre de los padres/tutor:	Nombre del estudiante:
Dirección:	Escuela del estudiante:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Número de teléfono o celular:	Grado escolar del estudiante:
Correo electrónico:	Deporte(s) en el que el estudiante participa:

Estimados padres o tutor:

Las escuelas de Winston Salem/Forsyth County (“WS/FCS”) creemos firmemente en la contribución de un programa atlético al proceso educativo total. La seguridad de los miles de estudiantes-atletas de WS/FCS que participan en atletismo Inter escolar cada año es extremadamente importante para nosotros. Estamos orgullosos de habernos asociado con Atrium Health Wake Forest Baptist (“Atrium Health WFB”) para establecer e implementar un programa en nuestras preparatorias que brinde valiosos servicios de medicina deportiva y entrenamiento atlético a nuestros estudiantes-atletas (“el Programa”). Periódicamente, WS/FCS y Atrium Health WFB desean destacar ciertas grabaciones, que pueden incluir entrevistas, fotografías, imágenes, partes del sonido y otras grabaciones (individualmente, “una Grabación” y en conjunto, “Grabaciones”) de los estudiantes-atletas que interactúan con ciertos miembros del equipo del Programa de entrenamiento atlético de Atrium Health WFB en nuestras preparatorias para poder promover y dar a conocer el Programa. Estas Grabaciones pueden aparecer en publicaciones, en sitios web, y en sitios de redes sociales (tales como Facebook, Twitter e Instagram) que pertenecen a WS/FCS o a Atrium Health WFB. Las Grabaciones también pueden aparecer en los medios de comunicación locales, tales como periódicos, noticieros de televisión, y sus sitios web y redes sociales afiliadas. Las Grabaciones pueden contener la imagen, retrato, voz y nombre del estudiante.

El propósito de este formulario de permiso y exención es para que los padres y tutores dejen saber sus preferencias y permisos para la participación de su estudiante en Grabaciones que serán utilizadas por WS/FCS, Atrium Health WFB o ambos para promover y dar a conocer el Programa. Por favor complete, firme y devuelva este formulario al Director Atlético en la escuela de su estudiante. Su selección se mantiene válida por el año escolar 2023-2024. Usted puede cambiar su selección en cualquier momento completando un nuevo formulario y entregándolo al Director Atlético en la escuela de su estudiante.

Al firmar a continuación, los suscritos declaran que (por favor seleccione una opción):

- Yo doy permiso** a WS/FCS, Atrium Health WFB o ambos para utilizar Grabaciones que incluyen al estudiante antes mencionado en publicaciones, en sitios web y en sitios de redes sociales (tales como Facebook, Twitter e Instagram) que pertenezcan a WS/FCS, WFB o ambos. Entiendo que Grabaciones que incluyen al estudiante antes mencionado también pueden aparecer en los medios de comunicación locales, tales como periódicos, noticieros en televisión, y sus sitios web y redes sociales afiliadas. Entiendo que las Grabaciones pueden contener la imagen, retrato, voz y nombre del estudiante. Entiendo que las Grabaciones serán propiedad de WS/FCS o Atrium Health WFB, según corresponda, y puede que no sean devueltas. También entiendo que puede que no se me pida que inspeccione o revise las Grabaciones previo a su uso, producción u otra distribución. Entiendo que no recibiré ninguna regalía o compensación que resulte por cualquier uso, producción u otra distribución de las Grabaciones. Acepto eximir, liberar y por siempre exonerar a WS/FCS y Atrium Health WFB, y sus afiliados y subsidiarios, de todo reclamo, demanda y causa de acción que yo, mis herederos, representantes o cualquier

otra persona que esté actuando en mi nombre o en nombre de mis bienes, tenga o pueda tener por motivos de este formulario de permiso y autorización.

- Yo no doy permiso** para que el estudiante antes mencionado sea entrevistado, fotografiado o grabado para promover y dar a conocer el Programa.

Firma de los padres/tutor*:	Fecha:
-----------------------------	--------

*Si el estudiante tiene o es mayor de 18 años, él/ella puede firmar este formulario por sí mismo(a).