



Paquete de Participación y Elegibilidad  
Atletismo Inter escolar de Secundarias  
2024-2025

- Formulario para la Participación en Atletismo Inter escolar de Secundarias de WS/FCS: Permiso, Reconocimiento y Autorización.....2-4\*
- Evaluación Física Previa a la Participación.....5-9\*
- Hoja informativa de concusión del estudiante – atleta y padre de familia/tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA.....10
- Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante – atleta y padre de familia/tutor legal .....11\*

***\*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.***

<b>ESCUELAS DE WINSTON-SALEM/FORSYTH COUNTY</b> <b>FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO INTER ESCOLAR DE SECUNDARIAS</b> <b>PERMISO, RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN</b>			
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:		Nombre del contacto de emergencia: Relación con el estudiante atleta: Teléfono del contacto de emergencia:	
<b>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:</b>			
Marque uno: <input type="checkbox"/> Seguro de accidente escolar <input type="checkbox"/> Otra compañía de seguro Nombre de la otra compañía de seguro:		Número de póliza:	
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 escolar a nivel de secundaria en los siguientes deportes: Básquetbol, Béisbol, Animadores-porristas, Carrera a campo traviesa, Golf, Fútbol, Sóftbol, Tenis, Corredor de pista y Vóleibol. 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, Reglas a Seguir: Para representar a tu escuela en atletismo de secundarias, 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. Debes haber asistido a por lo menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del número total de días de instrucción durante el semestre anterior.\*
3. Debes pasar por lo menos el setenta por ciento (70%) de los cursos tomados en el semestre anterior.\*
4. No debes cumplir quince (15) años de edad el o antes del 31 de agosto de ese año.
5. Debes vivir con tus padres o tutor legal dentro de la unidad escolar administrativa (excepciones deben ser aprobadas por tu director). 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).
6. 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.
7. Debes haber recibido y aprobado un examen médico por un médico con licencia, enfermero especializado 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.
8. 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.
9. No debes participar en ningún equipo de estrellas ni en ningún juego de estrellas en el que estés representando a tu escuela.
10. No puedes jugar, practicar o armar un equipo con tu entrenador los domingos.
11. No puedes vestirse para una competencia, sentarte en la banca o practicar si no eres elegible para participar.
12. No debes jugar más de tres (3) juegos en un deporte por semana (excepciones: básquetbol, béisbol, sóftbol y vóleibol); y no más de

\* Las políticas de WS/FCS sobre los estándares académicos y de asistencia para la elegibilidad atlética están en proceso de ser revisadas para alinearse a las reglas y regulaciones estipuladas por la Junta de Educación Estatal de Carolina del Norte.

- una (1) competencia por día en el mismo deporte (excepciones: béisbol, fútbol, vóleybol).
13. Puedes asistir únicamente a aquellos campamentos de verano por los que tú o tus padres/tutor legal hayan pagado la cuota.
  14. 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 sería una felonía si fuese cometida por un adulto.
  15. Debes cumplir con los estándares de promoción locales y estatales cada semestre.
  16. No debes participar a nivel de secundaria por un periodo que dure más de seis (6) semestres consecutivos, comenzando cuando entraste a sexto (6to) grado.

**Elegibilidad Atlética, Drogas/Alcohol:** Si un atleta posee o está bajo la influencia (a 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 será inelegible para atletismo por un mínimo de treinta (30) días escolares además de estar sujeto a suspensión o expulsión de la escuela.

**Elegibilidad Atlética, Reconocimiento:** Nosotros, el estudiante y padre/tutor legal suscritos, hemos leído y discutido los requisitos generales para la elegibilidad atlética de secundaria. 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 oficial de elegibilidad 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 cualquier y todos los reclamos, demandas o causas de acción que surjan 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, autorizamos 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 aceptamos 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 podría viajar 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 injustificado de contacto físico dirigido hacia jugadores, entrenadores y fanáticos del equipo contrario, va en contra del espíritu de juego limpio y la buena ética deportiva que mi escuela espera de sus estudiantes. 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 espera. Acepto mi responsabilidad de dar buen ejemplo de la ética deportiva que se espera de los padres de un estudiante-atleta. Acepto cumplir con la Política 1170 – Política de Cortesía de WS/FCS.

**Regulaciones de Ética Deportiva/Expulsión:** 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. Nosotros, el estudiante y los padres/tutor legal, reconocemos que hemos leído y entendemos la Regulaciones de Ética Deportiva/Expulsión establecidas en la Sección V de la Regulación Administrativa 6145.2 de WS/FCS. Entendemos que los siguientes tipos de comportamiento resultarán en una expulsión de una competencia atlética: pelear, burlarse u hostigar, blasfemia dirigida hacia un oficial o un oponente, gestos obscenos, dirigirse o comunicarse irrespetuosamente con un oficial. **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 Atletismo Escolar de Secundarias/Preparatorias del Departamento de Educación Pública de Carolina del Norte y la Sección V Regulaciones de la Ética Deportiva/Expulsión del AR 6145.2 de WS/FCS.**

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:
Padre/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 (opcional)? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (opcional)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional):  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  $\geq 3$  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 (opcional)	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"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>		
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"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>		

<sup>a</sup> 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 11  
Fecha