



Elegibilidad Medica de la Escuela Secundaria Rogers-Herr

Nombre del atleta: _____

Deporte:

(1) _____ (2) _____

Su estudiante atleta debe tener elegibilidad médica para participar en el deporte de la escuela secundaria Rogers-Herr. El cumplimiento es un proceso simple de completar y actualizar los seis formularios que se enumeran a continuación sobre una base anual. 1. **Formulario de historial médico** - El formulario de historial médico debe ser completado por el padre/madre/tutor del estudiante-atleta y estar disponible para su revisión por el médico cuando se realiza el examen físico. 2. **Formulario de examen físico** - El formulario de examen físico debe ser completado por un médico con licencia, enfermera practicante o asistente del médico.

3. **Formulario de asunción de riesgo / liberación de tratamiento médico** - Este formulario simplemente establece que la participación en el atletismo puede resultar en lesiones y si se producen lesiones, ha dado su permiso para que se proporcione tratamiento. 4. **HIPAA** - El formulario e HIPAA nos permite compartir información, si ocurre una lesión o condición, con gente como médicos o entrenadores.

5. **Formulario de información de contacto crítica para estudiantes y atletas:** el formulario de información de contacto crítica contiene información importante necesaria para la atención de emergencia o urgente que se proporcionará a su estudiante-atleta en ausencia de padres/madres/tutores. 6. **Conmoción cerebral:** Formulario de conmoción cerebral del estudiante atleta. Formulario para el padre/madre ambos están conforme a la ley de conmoción cerebral Gfeller-Waller.

____ 1. Participación deportiva en la Asociación Deportiva de Preparatorias de Carolina del Norte.

Formulario de examinación el cual hace referencia es derivado al formulario de historial medico

____ 2. **Formulario de examinación física** (este formulario debe ser completado, y el estudiante-atleta debe ser evaluado por un médico, enfermera facultativa, o un medico asociado

____ 3. **Asunción de riesgo de las Escuelas Públicas de Durham/**
Formulario de autorización de tratamiento medico

____ 4. **Autorización para la divulgación de información de salud protegida** el cual también es en derivado de HIPAA

____ 5. **Formulario de información de contacto importante del estudiante-atleta**

____ 6. **Conmoción cerebral:** Formulario del estudiante-atleta/Formulario del padre/madre/tutor legal

La seguridad de nuestros estudiantes-atletas evitando lesiones o condiciones prevenibles mientras participan en el atletismo es un objetivo de suma importancia. Un estudiante-atleta que tiene elegibilidad médica, al haber completado y actualizado los cinco formularios enumerados anteriormente, es fundamental para ayudarnos a lograr este objetivo al tiempo que nos permite proporcionar un alto nivel de atención en caso de que se produzca una lesión o condición.

Director de deportes: Otis Maben, Correo electrónico: Otis_maben@dpsnc.net (919)560-3970

Subdirector deportivo Jasmine Smith Correo electrónico: jasmine_smith@dpsnc.net (919)560-3970

Durham Public Schools

Student Athlete Pledge

As a student athlete, I am a role model. Using inappropriate language; taunting; baiting; or the use of unwarranted physical contact directed at opposing players, coaches, and fans are contrary to the spirit of fair play and the good sportsmanship my school, my conference, and the NCHSAA expects of its members.

I accept my responsibility to model good sportsmanship that comes with being a student athlete.

Student Athlete Signature

Date



**Instrucciones para completar la evaluación física de pre-participación del estudiante-atleta de NCHSAA
(PPE por sus siglas en inglés)**

Para ser médicamente elegible para participar en la práctica o en competencias deportivas entre escuelas, un estudiante debe tener una Evaluación física de pre-participación (PPE por sus siglas en inglés) de NCHSAA completado y presentarlo a la escuela. El PPE tiene cuatro (4) páginas e incluye el Formulario de Historial, el Formulario de Examen Físico y el Formulario de Elegibilidad Médica.

El Formulario de Historial de PPE (páginas 1-2) es completado y firmado por el padre/madre/tutor en nombre del estudiante-atleta. El Formulario de Historial de PPE ya completado y firmado debe presentarse al profesional médico con licencia (LMP por sus siglas en inglés) (médico con licencia para ejercer la medicina (MD / DO por sus siglas en inglés), enfermera practicante o asistente médico) para su revisión cuando completen el Formulario de examen físico.

El Formulario de Examen Físico de PPE completado (página 3) está firmado y fechado por el médico con licencia que realizó el examen. El examen físico se basa en la información obtenida en el historial clínico.

El Formulario de Elegibilidad Médica de PPE (página 4), que también está firmado y fechado por el médico con licencia, indica que el estudiante-atleta es médicamente elegible o no es médicamente elegible para la participación deportiva.



**Cuestionario de COVID para el
estudiante-atleta**

Nombre del estudiante atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Preguntas relacionadas de COVID acerca del estudiante atleta	SÍ	NO	N/A
1. Desde el 1 de enero de 2020, ¿le han dicho que ha tenido una prueba positiva de COVID-19, o un profesional médico, su escuela o el departamento de salud local le han dicho que tiene que hacer cuarentena (quedarse en casa) debido a la preocupación de que tenía síntomas de COVID-19?			
2. Si la respuesta a la pregunta #1 fue "SÍ", ¿se ha completado el formulario obligatorio de regreso al juego: Autorización médica de infección por COVID-19 liberando al estudiante-atleta para reanudar su plena participación en el atletismo?			
3. ¿ Ha sido vacunado completamente de COVID-19?			



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

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): _____

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. _____

¿Sufrir 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 contesta "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Si	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

	Si	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)

	Si	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		
	Si	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 inexplicable)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrofica (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		
	Si	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 molestias?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Si	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)		
	Si	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 tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
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 trastorno alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES		
	Si	No
29. ¿Ha tenido al menos un período menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

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

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: _____

© 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. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.



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/ 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL		NORMAL ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • 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 • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

* 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: _____

Address: _____ Phone: _____

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

© 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.



■ 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: _____

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.



Formulario De Elegibilidad, Consentimiento Para Participar Y Autorización De La Asociación Deportiva De Escuelas Preparatoria De Carolina Del Norte (NCHSAA) 2020-2021

Este documento debe ser firmado por el estudiante deportista de una escuela miembro de NCHSAA y por el padre/madre/tutor del estudiante antes de la participación. Los estudiantes no podrán participar sin la firma del estudiante y del padre/madre/tutor.

Reconozco que he leído y entiendo las Reglas de Elegibilidad de la Asociación Deportiva de Escuelas Preparatorias de Carolina del Norte (NCHSAA por sus siglas en inglés). Entiendo que una copia del Manual de NCHSAA está en el archivo con el director de la escuela miembro y / o director deportivo, y que puedo revisarlo, en su totalidad si así deseo. Sé que mi escuela es miembro de la NCHSAA y debo adherirme a todas las regulaciones que rigen los programas deportivos entre escuelas, incluyendo, pero no limitado a, las leyes federales y estatales, las regulaciones locales y aquellas impuestas por la NCHSAA. Entiendo que las reglas locales pueden ser más estrictas que la NCHSAA y acepto seguir las reglas de mi escuela y la NCHSAA y acatar sus decisiones. Reconozco y entiendo que la participación en el deporte entre escuelas es un privilegio, no un derecho. Entiendo que el rendimiento en el salón de clase, abandonar 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
estudiantil**

Como estudiante, yo entiendo y acepto las siguientes responsabilidades:

Respetare los derechos y las creencias de los demás y tratare a los demás con cortesía y consideración. Me hare responsable completamente de mis propias acciones y de las consecuencias de mis acciones. Respetare la propiedad de los demás.

Respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estatal y país.

Respetare a los responsables de reforzar las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estatal y país.

Entiendo que un estudiante cuyo carácter o conducta viole el Código Deportivo de la escuela o el Código de Responsabilidad de la Escuela podría ser considerado inelegible por un período de tiempo según lo determine el director o la Administración del sistema escolar.

Los Padres/Madres/Tutores Legales O Estudiantes Que No Deseen Aceptar El Riesgo Descrito En Esta Advertencia No Deben Firmar Este Formulario.

El estudiante y el padre/madre/tutor legal reconocen que la participación en el atletismo entre escuelas implica algunos riesgos inherentes para lesión potencialmente graves, incluidas, entre otras, lesiones graves de cuello, cabeza y columna vertebral, lesiones graves en prácticamente todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, lesiones graves o deterioro de otros aspectos del cuerpo que pueden tener efectos para la salud general y el bienestar del niño/a, y en casos raros la muerte. Aunque las lesiones graves no son comunes en los supervisados programas deportivos escolares, es imposible eliminar todos los riesgos. Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y los padres/madres/tutores legales tienen la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, reportar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado e inspeccionar su propio equipo diariamente.

Autorizo el tratamiento médico en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento mientras yo o mi hijo/a ("estudiante-atleta") está bajo la supervisión de un miembro de la escuela. Doy mi consentimiento para el tratamiento médico para el estudiante-atleta después de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y / o un concurso. Entiendo que en el caso de lesión o enfermedad que requiera tratamiento por parte del personal médico y el transporte a un centro de atención médica, se hará un intento razonable de ponerse en contacto con el padre/madre/tutor en el caso de que el estudiante-atleta sea menor de edad, pero si es necesario, el estudiante-atleta será tratado y transportado en ambulancia al hospital más cercano. Además, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de identificación personal de mi estudiante-atleta en caso de que sea necesario el tratamiento para enfermedades o lesiones.

Entiendo que todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden resultar en complicaciones que incluyen daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y manejan adecuadamente. Además, entiendo que, si mi estudiante es removido de una práctica o competencia debido a una sospecha de conmoción cerebral, él o ella no podrá regresar a la participación ese día. Después de ese día, se requerirá la autorización por escrito de un médico (M.D. o D.O.) o un entrenador de atletismo que trabaje bajo la supervisión de un médico antes de que se le permita al estudiante regresar a la participación. Reconozco que he recibido, leído y firmado la hoja de información de concusión de Gfeller- Waller.

Doy mi consentimiento para que la NCHSAA use el nombre, la imagen y la información relacionada con el atletismo del estudiante nombrado en informes de concursos, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo entre escuelas y concedo a la NCHSAA el derecho a fotografiar y/o grabar en video al participante y utilizar además la cara, la imagen, la voz y la apariencia del participante en relación con exposiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reserva o limitación. La NCHSAA, sin embargo, no tiene ninguna obligación de ejercer dichos derechos en este documento. Además, doy mi consentimiento a la divulgación, por parte de la escuela miembro a la NCHSAA, a petición suya, de todos los registros relevantes para la elegibilidad atlética del estudiante-atleta, incluidos, entre otros, sus registros relacionados con la inscripción, la asistencia, la posición académica, la edad, la disciplina, las finanzas, la residencia y la aptitud física. El estudiante y los padres/madres/tutores individualmente y en nombre del estudiante, por la presente liberan irrevocable e incondicionalmente, absuelto y sin limitación, a los funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados de la NCHSAA (colectivamente, la "liberación") de cualquier y todas las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluidos los honorarios de abogados) en los que el estudiante y / o el tutor legal incurran o sostengan a la persona, la propiedad o ambos, que surjan de, resulten de, ocurran durante o estén relacionados de otra manera con la participación del estudiante en el atletismo entre escuelas si se debe a la negligencia ordinaria de los funcionarios.

Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que permitimos la participación del estudiante aquí nombrado. Entendemos que las autorizaciones y derechos otorgados en este documento son voluntarios y que podemos revocar cualquiera o todos ellos en cualquier momento mediante la presentación de dicha revocación por escrito a la escuela miembro del participante. Al hacerlo, sin embargo, entendemos que el participante ya no sería elegible para la participación en el deporte entre escuelas.

Firma del estudiante

Fecha de
nacimiento

Grado escolar

Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

ESCUELA SECUNDARIA ROGERS-HERR

Medicina deportiva Importante información de contacto del estudiante-atleta

Fecha de hoy / / Año escolar: _____

Nombre: _____ Grado: _____

(Nombre)(Segundo nombre)(Apellido)

Sexo: M / H Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social

Información de los padres/madres/tutores legales:

(El número de seguro social es opcional)

Nombre de la madre: _____

de trabajo de la madre ()

Empleador: _____

de Tel. Celular de la madre ()

de trabajo del padre () Tel. celular del padre

Dirección Condado Ciudad Estado Código Postal Tel. de casa ()

Contacto de emergencia alternativo: _____ Teléfono ()

Información médica del atleta:

1. ¿Tiene ALERGIAS a algún tipo de medicamento? Si/No Lista: _____
2. Mencione cualquier otra alergia: _____
3. ¿Toma medicamentos con regularidad? Si/No Lista: _____
4. ¿Toma medicamentos en casos de emergencia? Si/No Lista: _____
5. ¿Sufre de ASMA? Si/No De ser así, ¿usa un inhalador? Si/No ¿De qué tipo? _____
6. Durante la participación deportiva, ¿usa anteojos? Si/No ¿lentes de contacto? Si/No ¿aparatos dentales? Si/No
7. ¿Tiene alguna otra condición médica? Si/No Lista: _____
8. ¿Alguna vez ha sufrido de una lesión en la cabeza, falta de consciencia o una conmoción cerebral? Si/No Lista: _____
9. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio, o síntomas donde le late muy rápido o le palpita rápidamente el corazón"? Si/No Lista: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Información del seguro médico:

Nombre del seguro: _____ Póliza o N° de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Teléfono: _____

Como padres/madres o tutores legales de este estudiante atleta, damos permiso para el tratamiento considerado necesario para cuando surja una condición durante la actividad deportiva, incluso el tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un médico. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes del tratamiento. También, toda la duración de la inscripción del estudiante - atleta en la Escuela secundaria Rogers Herr, a menos que sea revocada por mí por escrito.

Riego de lesión: Reconocemos y entendemos que existe un riesgo de lesión en la participación deportiva.

Entendemos que el estudiante-atleta estará bajo supervisión e instrucción de un entrenador atlético de DPS.

Acordamos seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador para disminuir el riesgo de una lesión al estudiante y a los demás atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni DPS pueden eliminar el riesgo de lesiones en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir. Las lesiones en los deportes pueden ser graves y en algunos casos pueden resultar en la discapacidad permanente o hasta la muerte. Librementee,

intencionalmente y deliberadamente aceptamos y asumimos el riesgo de lesiones que puedan ocurrir por participar en deportes.

**Nombre del estudiante atleta (en
impresión):**

(Firma)

Fecha

**Nombre del padre/madre/tutor (en
impresión):**

(Firma)

Fecha

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 teniendo 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.

Approved for 2018-19 School Year

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/ tut

	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 habiarte 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 / Cubado 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 entendi 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

Fecha