

## Formulario para la Participación en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2021-22

### INSTRUCCIONES

El presente formulario se debe completar en su totalidad antes de ser elegible para la participación en los deportes. Por favor tome en cuenta que este formulario consiste de nueve páginas y que todas ellas deben ser llenadas. Los formularios incompletos retrasarán su participación en los deportes.

**Use la siguiente lista de comprobación para determinar si el formulario para la Participación en los Deportes en la Escuela Intermedia de WCPSS está completo.**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El historial de salud del atleta está completo.</li> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar detalles para cualquier respuesta de "Yes" (Si) o "Unsure" (No sé) en el examen de evaluación del atleta.</li> <li><input type="checkbox"/> El examen de evaluación del atleta debe estar firmado y fechado por el atleta estudiantil y el padre o custodio legal.</li> <li><input type="checkbox"/> La sección del examen físico está completa y firmada por el médico (MD, DO, PA, NP) (Nota: Un doctor de medicina quiropráctica no es aceptable) y debe incluir el nombre, dirección, y el número telefónico del consultorio médico donde se</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>efectuó el examen. Esta información puede llevar el sello del consultorio médico.</li> <li><input type="checkbox"/> El formulario de participación está firmado y fechado por el padre/custodio legal y por el atleta estudiantil.</li> <li><input type="checkbox"/> El formulario que contiene información sobre la contusión para los Atletas Estudiantiles y los Padres, Tutores Legales ha sido completado, leído, firmado con iniciales y firmado.</li> <li><input type="checkbox"/> Haga una copias de todo el documento para sus archivos.</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ELEGIBILIDAD - (LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y DE ASISTENCIA PARA LA ELEGIBILIDAD NO APLICARÁN PARA EL AÑO ESCOLAR 2020-2021)

A fin de ser elegible para cualquier actividad deportiva, el atleta:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Debe estar actualmente matriculado en el séptimo u octavo grado en el Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake (WCPSS).</li> <li>2. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad antes de la fecha de la primera prueba/práctica.</li> <li>3. Debe haber completado y firmado el formulario para la Participación en los Deportes de la escuela intermedia antes de la fecha de la primera prueba/práctica.</li> <li>4. No debe participar si él o ella cumple 15 años el 31 de agosto de agosto o antes, del año escolar actual.</li> <li>5. Debe hacerse un examen médico una vez cada 395 días por un médico clínico, auxiliar médico o médico de cabecera en los EE. UU.</li> <li>6. El atleta estudiantil debe leer la hoja informativa sobre contusiones y debe firmar con sus iniciales y firmar la Declaración de Contusiones del Atleta Estudiantil y Padre/Custodio legal. Esto se debe hacer anualmente.</li> <li>7. Debe cumplir con los requisitos de la promoción para ser elegible para el semestre del otoño. La Junta Estatal de Educación define la promoción como "progresando al próximo grado". Los estudiantes que son retenidos ya sea por la escuela o por los padres no serán elegibles para el semestre del otoño.</li> <li>8. Regla de 6 Semestres – Ningún estudiante puede ser elegible para participar a nivel de la escuela intermedia por un período de duración mayor de 6 semestres consecutivos comenzando con el ingreso inicial del estudiante al 6º grado. El director de la escuela debe tener prueba de la entrada inicial al 6º grado de cada participante.</li> <li>9. Debe aprobar (con una calificación de D o mayor) un mínimo de tres cursos de materias básicas requeridas a fin de ser elegible para participar durante el siguiente semestre.</li> <li>10. No debe tener más de 14 ausencias en total (requisito de asistencia del 85%) durante el semestre previo a la participación</li> </ol> | <p>deportiva. Este es un requisito de la Junta Estatal de Educación. Según la política de la Junta, los estudiantes que participan en los deportes intercolegiales deben cumplir con todos los requisitos de la Junta Estatal de Educación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. No debe participar (ni en prácticas ni en juegos) si no es elegible.</li> <li>12. No debe participar (ni en prácticas ni en juegos) en ningún evento deportivo si el atleta está suspendido o cumpliendo en la actualidad con un programa de suspensión dentro de la escuela durante ese día o días.</li> <li>13. Debe estar presente todo el día escolar a fin de poder participar en las prácticas o en los juegos.</li> <li>14. Debe vivir con un padre o custodio legal dentro de la unidad administrativa del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake. (Debe notificar al Director de Deportes si no está viviendo con un padre o custodio legal).</li> <li>15. Debe practicar un total de seis días antes de jugar un partido en todos los deportes menos el fútbol americano, donde un jugador debe practicar por nueve días.</li> <li>16. Si un jugador está lesionado y necesita atención médica y/o está ausente debido a una enfermedad debe cumplir con los requisitos de elegibilidad y debe haber practicado por el número de días requeridos (#15). Este jugador no puede participar en una práctica o partido sin una nota del médico. Los estudiantes que se han ausentado de la práctica deportiva por 5 o más días debido a una enfermedad o lesión deben recibir un permiso por un médico certificado antes de ser readmitido a la práctica o a un partido.</li> <li>17. Si la escuela no está en sesión o si la escuela cierra temprano, no habrá prácticas ni partidos. No habrá practica los sábados (esto incluye las escuelas de ciclo continuo), los días festivos o los días de vacaciones.</li> </ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Formulario para la Participación en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2021-22

Grade \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Year Round Track # \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor escriba en letra de molde o a máquina y entréguelo a la escuela. Toda la información del seguro médico debe estar completa. Adjunte la documentación necesaria para los Avisos Médicos (Medical Alerts) tal como reacciones alérgicas, contactos de emergencia, etc.

Nombre del Atleta Estudiantil: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Número ID del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M F Raza: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Ciclo #: \_\_\_\_\_ (Solamente para las escuelas de ciclo continuo)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre 1: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre de Padre 2: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\*Custodio legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Persona de Contacto Alterna en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ortopeda: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero(s) de Póliza: \_\_\_\_\_

Avisos médicos: ¿Es alérgico a cualquier tipo de medicamento? Detalle: \_\_\_\_\_

Otras reacciones alérgicas, Detalle: \_\_\_\_\_

Condenas: Marque la caja que aplica a \_\_\_\_\_ (Nombre del Estudiante)

- No está condenado de un delito grave en este o cualquier otro estado O adjudicado como un delincuente por una ofensa que sería un delito grave si hubiera sido cometido por un adulto en este o cualquier otro estado.
- Ha sido condenado de un delito grave en este o cualquier otro estado.
- Ha sido adjudicado como un delincuente por una ofensa que sería un delito grave si hubiera sido cometido por un adulto en este o cualquier otro estado.

Lo siguiente se debe completar si el estudiante está condenado de un delito grave o si ha sido adjudicado como un delincuente:

Condenado o adjudicado de: \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de la Condena/de ser adjudicado: \_\_\_\_\_

Descripción de la ofensa: \_\_\_\_\_

Consejero del tribunal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## SEGURO

El Sistema de Escuela Públicas del Condado Wake (WCPSS) proporciona una Póliza de Seguro Atlética Intercolegial que proporciona **beneficios limitados** a todos los estudiantes en el sistema que participan en las actividades atléticas intercolegiales de la escuela que son patrocinadas y supervisadas. La póliza proporciona una cobertura adicional para estudiantes con otra cobertura de seguros, pero sólo paga cuando los otros beneficios se han agotado. En casos en los cuales un estudiante no tiene otra cobertura con una agencia de seguros comercial, Medicare o Medicaid, la póliza de seguros atlética de WCPSS es la póliza primaria. Si su hijo o hija se lesionan mientras que participa en un evento deportivo intercolegial patrocinado o supervisado por una escuela, los procedimientos siguientes se deben seguir para procesar un reclamo bajo el seguro proporcionado por WCPSS:

- Recoja un formulario de reclamo en su escuela.
- Visite a un médico dentro de los 30 días de la lesión.
- Complete y presente el Formulario de Reclamo de Accidente. El formulario de reclamo debe ser presentado a la compañía de seguros dentro de los 60 días después de la lesión y deberá incluir el Formulario de Explicación de Beneficios de su compañía de seguro primaria. Por favor indique a continuación el nombre de su compañía de seguro primaria y el número de la póliza.

## SOLICITUD PARA PERMISO

Nosotros, los padres/tutores legales del estudiante, damos nuestro consentimiento para que el estudiante nombrado arriba represente a su escuela en los deportes intercolegiales, a **excepción de los deportes indicados aquí:** \_\_\_\_\_.

Por favor note: Los deportes intercolegiales de WCPSS son baloncesto, béisbol, porristas, fútbol americano, fútbol, softball, carrera de campo travesía y voleibol. El entrenamiento con pesas puede ser un componente requerido en el acondicionamiento para cualquier deporte.



## ■ 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. \_\_\_\_\_

¿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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 molestia?                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 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 <i>Staphylococcus aureus</i> 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 desorden alimenticio?                                                                                                                              |    |    |
| UNICAMENTE MUJERES                                                                                                                                                           |    | 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 "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/ _____ 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 <i>linea corporis</i></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: \_\_\_\_\_

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.

## 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.

Revised: February 2021 – Approved for use in current or upcoming 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/ 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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revised:** February 2021 –  
Approved for use in current or  
upcoming school year.

