



# Formulario para la Participación Deportiva en la Escuela Intermedia del Condado Wake 2016-2017

## Instrucciones, Reglas de Elegibilidad e Información Sobre las Concusiones

**Instrucciones:** Este 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 cinco (5) 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 Deportiva en la Escuela Intermedia de WCPSS está completo.**

- Toda la información de contacto del estudiante y los padres (página 1)
- La sección del seguro está completa (página 1)
- El historial de salud del atleta está completo (página 2)
- Proporcionar detalles para cualquier respuesta de “Yes” (Sí) o “Don’t Know” (No sé) en el examen de evaluación del atleta (página 2)
- El examen de evaluación del atleta debe estar firmado y fechado por el atleta estudiantil y el padre o tutor legal (página 2).
- La sección del examen físico está completa y firmada por el médico (MD, DO, PA, NP (página 3) Nota: Un doctor de medicina quiropráctica no es aceptable
- La sección del examen físico está fechada y firmada por el médico que lo atiende (MD, DO, PA, NP (página 3)
- La sección del examen físico (página 3) debe incluir el nombre, dirección, y el número telefónico del consultorio médico donde se efectuó el examen. Esta información puede llevar el sello del consultorio médico.
- Solicitud de Permiso – Deberán tacharse los deportes en los cuales no está permitido participar (página 4)
- Toda la información ha sido leída y entendida (elegibilidad, seguro, transporte, novatadas, espíritu deportivo, juramento del atleta. Juramento del padre, solicitud de permiso, autorización médica, riesgo de lesión, permiso del padre).
- El formulario de participación está firmado y fechado por el atleta estudiantil (página 4)
- El formulario de participación está firmado y fechado por el padre o tutor legal (página 4)
- La información sobre la concusión para los Atletas Estudiantiles y los Padres, Tutores Legales ha sido leída y entendida
- La Declaración de Concusión para los Atletas Estudiantiles y los Padres, Tutores Legales ha sido llenada, leída, firmada con iniciales y tiene firmas (página 5)
- Las páginas 2, 4 y 5 deben tener firmas.
- **Guarde la hoja de instrucciones, reglas de elegibilidad y la hoja informativa sobre la concusión para su información, y haga una copia de las páginas del 1 al 5 para sus archivos.**

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

- Cumplir con todos los requisitos de elegibilidad antes de la fecha de la primera prueba/práctica.
- Completar el formulario para la Participación Deportiva de la escuela intermedia de WCPSS y entregarlo al Director de Deportes de la escuela. La porción física del formulario sólo es válida por 395 días desde la fecha del examen.
- El atleta estudiantil y el padre/tutor legal deben leer la hoja informativa de la concusión y el atleta estudiantil y su padre/tutor legal deben firmar la Declaración de Concusión Legal usando sus iniciales y firmas. Esto se debe hacer anualmente.
- Debe cumplir con los requisitos de la promoción para el año escolar previo a fin de ser elegible para el semestre del otoño. La Junta de Educación Estatal 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.
- Debe lograr calificaciones de aprobado (D o mejor que D) durante cada semestre en un curso menos de los cursos requeridos de materias básicas a fin de ser elegible para participar durante el semestre que sigue. Las calificaciones de aprobado deben lograrse en artes del lenguaje y en matemáticas. Además de los requisitos en las materias básicas, al menos el cincuenta por ciento de todas las materias restantes deben ser aprobadas.
- No debe tener más de 14 ausencias en total (requisito de asistencia del 85%) durante el semestre previo a la participación deportiva.
- No debe haber cumplido los 15 años de edad antes del 31 de agosto de ese año escolar.
- Al ingresar al séptimo (7) grado por primera vez, es elegible académicamente para competir en los equipos de la escuela intermedia. Todos los requisitos académicos y de asistencia deben cumplirse el primer semestre (otoño) a fin que este estudiante sea elegible para la participación deportiva en el segundo semestre (primavera). Ningún estudiante puede ser elegible para participar al nivel de la escuela intermedia por un período que dura más de 4 semestres consecutivos comenzando con la primera vez que el estudiante ingresa al 7° grado.
- Debe vivir con un padre o tutor 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 tutor legal.
- Debe, si falta cinco (5) días o más de práctica debido a una enfermedad o lesión, recibir una liberación médica de un médico certificado antes de poder practicar o jugar.
- No debe practicar **O** jugar si no es elegible.
- Debe practicar un total de seis (6) días antes de jugar un partido en todos los deportes menos el futbol americano, donde un jugador debe practicar por nueve días.
- No debe, en forma individual o en equipo, practicar o jugar durante el día escolar.
- No debe jugar, practicar o reunirse en equipo con su entrenador en los días laborables de maestros sin estudiantes, los sábados (incluyendo las escuelas de ciclo continuo), los domingos, días festivos o durante las vacaciones.
- Debe estar presente el 100% del día escolar durante el día de la competencia deportiva a fin de poder participar en el evento.
- No debe participar (en una práctica o en un partido) en ningún evento deportivo si está asignado a suspensión dentro de la escuela (ISS) o a suspensión fuera de la escuela (OSS) durante ese tiempo asignado.

# CONCUSION

## INFORMACION PARA LOS ATLETAS ESTUDIANTILES Y LOS PADRES/TUTORES LEGALES

- **¿Qué es una concusión?** Una concusión es una lesión al cerebro causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Como resultado de esto, el cerebro no funciona como debería. Puede o no causar la falta de conocimiento. Le puede ocurrir a causa de una caída, un golpe en la cabeza o un golpe en el cuerpo que cause que su cabeza y su cerebro se muevan rápidamente de un lado al otro.
- **¿Cómo sé si tengo una concusión?** Hay muchas señales y síntomas que usted puede presentar después de una concusión. Una concusión puede afectar su modo de pensar, la manera como se siente su cuerpo, su estado de humor o su manera de dormir. Estas son las señales que deberá tener en cuenta:

Pensar/Recordar	Físico	Emocional/Humor	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Sentirse irritable – las cosas le molestan más fácilmente	Dormir más de lo normal
Tomar más tiempo para descifrar las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo normal
Dificultad para concentrarse	Sentir náusea	Estar malhumorado	Dificultad para dormirse
Dificultad para recordar nueva información	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado
	Mareos	Llorar fácilmente	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

Este cuadro es adaptado de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

- **¿Qué debo hacer si pienso que tengo una concusión?** Si usted tiene cualquiera de las señales o síntomas detallados arriba, usted deberá informar a sus padres, al entrenador, o a la enfermera de la escuela para que ellos le puedan conseguir la ayuda necesaria. Si uno de los padres nota estos síntomas, él o ella deberá informar a la enfermera de la escuela o al entrenador deportivo.
- **¿Cuándo debería estar realmente preocupado?** Si usted tiene un dolor de cabeza que se empeora con el tiempo, no puede controlar su cuerpo, vomita repetidamente o siente más y más náusea, o sus palabras no tienen sentido o son mal articuladas, deberá informar de inmediato a su padre, entrenador o maestro, para que ellos le puedan conseguir la ayuda necesaria antes que las cosas se empeoren.
- **¿Cuáles son algunos de los problemas que me pueden afectar después de una concusión?** Usted puede tener dificultad con algunas de sus clases en la escuela o hasta con algunas actividades en casa. Si usted continúa jugando o regresa demasiado pronto a jugar teniendo una concusión, usted puede tener problemas a largo plazo para recordar o para prestar atención, los dolores de cabeza le pueden durar más tiempo o su personalidad puede cambiar. Una vez que haya tenido una concusión, es más probable que vuelva a tener otra.
- **¿Cómo sé cuándo es adecuado regresar a la actividad física y a practicar mi deporte después de una concusión?** Después de informarle a su entrenador, a sus padres y a cualquier personal médico a su alcance, que usted cree que tiene una concusión, probablemente será examinado por un médico capacitado en asistir a las personas con concusiones. Su escuela y sus padres le pueden ayudar a decidir quién es la persona más adecuada para tratarlo y ayudarlo a tomar la decisión en cuanto a regresar a la actividad, el juego o la práctica. Su escuela tendrá una política en práctica en cuanto al tratamiento de las concusiones. Usted no debería regresar al juego o la práctica el mismo día que usted sospecha tener una concusión.

**Usted no debe tener ningún síntoma cuando descansa o durante/después de una actividad cuando regresa a jugar, ya que ésta es una señal de que su cerebro no se ha recuperado de la lesión.**

Esta información es proporcionada por UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, North Carolina Medical Society, North Carolina Athletic Trainers' Association, Brain Injury Association of North Carolina, North Carolina Neuropsychological Society, y la North Carolina High School Athletic Association.



# Formulario para la Participación Deportiva en la Escuela Intermedia del Condado Wake

Por favor escriba en letra de molde o a máquina

Nombre del estudiante atleta: \_\_\_\_\_ Clase de: \_\_\_\_\_

#ID del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: M F \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Deporte actual \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Bíper, Tel. celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Bíper, Tel. celular: \_\_\_\_\_

\*Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Bíper, Tel. celular: \_\_\_\_\_

*\*Por favor note los requisitos de residencia y la definición de tutor legal en la página 4 de este documento.*

Persona de Contacto Alterna en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Bíper, Tel. celular: \_\_\_\_\_

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ # de Tel. \_\_\_\_\_ Ortopeda: \_\_\_\_\_ # de Tel. \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Numero(s) de póliza: \_\_\_\_\_

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

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

Adjunte la documentación necesaria para Avisos Médicos (Medical Alerts) tal como alergias, reacciones, lentes de contacto, etc.

**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 secundaria 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 secundaria, 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 debería incluir el Formulario de Explicación de Beneficios de su compañía de seguro primaria. Por favor indique abajo 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, carrera de campo travesía, fútbol americano, golf, gimnasia, pista de interior, lacrosse, fútbol, softball, natación, acrobacia, tenis, pista, voleibol y lucha libre. El entrenamiento con pesas puede ser un componente requerido en el acondicionamiento para cualquier deporte.

# NORTH CAROLINA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION SPORT PREPARTICIPATION EXAMINATION FORM

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

*This is a screening examination for participation in sports. **This does not substitute for a comprehensive examination** with your child's regular physician where important preventive health information can be covered.*

**Athlete's Directions:** Please review all questions with your parent or legal custodian and answer them to the best of your knowledge.

**Parent's Directions:** Please assure that all questions are answered to the best of your knowledge. If you do not understand or don't know the answer to a question, please ask your doctor. Not disclosing accurate information may put your child at risk during sports activity.

**Physician's Directions:** We recommend carefully reviewing these questions and clarifying any positive or Don't Know answers.

Explain "Yes" answers below	Yes	No	Don't know
1. Does the athlete have any chronic medical illnesses [diabetes, asthma (exercise asthma), kidney problems, etc.]? List: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the athlete presently taking any medications or pills?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does the athlete have any allergies (medicine, bees or other stinging insects, latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the athlete have the sickle cell trait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has the athlete ever had a head injury, been knocked out, or had a concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the athlete ever had a head injury (heat stroke) or severe muscle cramps with activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the athlete ever passed out or nearly passed out DURING exercise, emotion or startle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the athlete ever fainted or passed out AFTER exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Has the athlete had extreme fatigue (been really tired) with exercise (different from other children)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has the athlete ever had trouble breathing during exercise, or a cough with exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the athlete ever been diagnosed with exercise-induced asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has a doctor ever told the athlete that they have high blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Has a doctor ever told the athlete that they have a heart infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Has a doctor ever ordered an EKG or other test for the athlete's heart, or has the athlete ever been told they have a murmur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Has the athlete ever had discomfort, pain, or pressure in his chest during or after exercise or complained of their heart "racing" or "skipping beats"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Has the athlete ever had a seizure or been diagnosed with an unexplained seizure problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Has the athlete ever had a stinger, burner or pinched nerve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Has the athlete ever had any problems with their eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Has the athlete ever sprained/strained, dislocated, fractured, broken or had repeated swelling or other injury of any bones or joints? <input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Shin/calf <input type="checkbox"/> Back <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Has the athlete ever had an eating disorder, or do you have any concerns about your eating habits or weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Has the athlete ever been hospitalized or had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Has the athlete had/been: 1. Little interest or pleasure in doing things; 2. Feeling down, depressed, or hopeless for more than 2 weeks in a row; 3. Feeling bad about himself/herself that they are a failure, or let their family down; 4. Thoughts that he/she would be better off dead or hurting themselves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Has the athlete had a medical problem or injury since their last evaluation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FAMILY HISTORY</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Has any family member had a sudden, unexpected death before age 50 (including from sudden infant death syndrome [SIDS], car accident, drowning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Has any family member had unexplained heart attacks, fainting or seizures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Does the athlete have a father, mother or brother with sickle cell disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Elaborate on any positive (yes) answers:** \_\_\_\_\_

**If additional space is needed attach a separate sheet**

***By signing below, I agree that I have reviewed and answered each question above. Every question is answered completely and is correct to the best of my knowledge. Furthermore, as parent or legal custodian, I give consent for this examination and give permission for my child to participate in sports.***

Signature of parent/legal custodian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Athlete: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Athlete's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) Pulse \_\_\_\_\_

Vision R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ Corrected: Y N

**Physical Examination (Below Must be Completed by Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)**

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

**Optional Examination Elements – Should be done if history indicates**

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

**Clearance:**

- A. Cleared  
 B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for : \_\_\_\_\_  
 \*\*\* C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: \_\_\_\_\_)  
 D. Not cleared for:       Collision                       Contact  
     Non-contact      \_\_\_\_\_ Strenuous      \_\_\_\_\_ Moderately strenuous      \_\_\_\_\_ Non-strenuous

Due to: \_\_\_\_\_

Additional Recommendations/Rehab Instructions: \_\_\_\_\_

Name of Physician/Extender: \_\_\_\_\_

Signature of Physician/Extender \_\_\_\_\_ MD DO PA NP

(Signature and circle of designated degree required)

Date of exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

<b>Physician Office Stamp:</b>
--------------------------------

(\*\*\* The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)

**This form is approved by the North Carolina High School Athletic Association Sports Medicine Advisory Committee and the NCHSAA Board of Directors.**

**This form is current as of April 2016**



## Declaración de Concusión del Atleta Estudiantil y Padre/Tutor Legal

*\*Si hay algo en este formulario que usted no comprende, por favor solicite a un adulto que se lo explique o se lo lea.*

Nombre del Atleta estudiantil: \_\_\_\_\_  
*Este formulario se debe completar para cada atleta estudiantil, aun si hay varios atletas estudiantiles en cada casa.*

Nombre de los Padres/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

- Hemos leído la *Hoja Informativa sobre la Concusión para los Atletas Estudiantiles/Padres/Tutor Legal*.  
*De ser afirmativo, por favor marque la caja.*

Después de leer la hoja informativa, estoy consciente de la siguiente información:

Iniciales del Atleta Estudiantil		Iniciales del Padre/Tutor Legal
	Una concusión es una lesión cerebral, que se debería reportar a mis padres, mi entrenador(s) o un médico profesional si hay uno disponible.	
	Una concusión puede afectar la capacidad de realizar actividades diarias como la capacidad de pensar, tener equilibrio y el rendimiento en el aula.	
	Una concusión no se puede “ver”. Algunos síntomas podrían estar presentes en seguida. Otros síntomas pueden aparecer hasta horas o días después de una lesión.	
	Yo les diré a mis padres, mi entrenador y/o un profesional médico sobre mis lesiones y enfermedades.	N/A
	Si yo creo que un compañero de equipo tiene una concusión, yo debería decirle a mi entrenador(s), padres, o un profesional médico sobre la concusión.	N/A
	Yo no volveré a jugar en un juego o práctica si un golpe en mi cabeza me causa alguno de los síntomas relacionados a la concusión.	N/A
	Yo/mi hijo necesitaremos permiso escrito de un profesional médico entrenado en la dirección de la concusión para que mi hijo pueda regresar a jugar o practicar después de una concusión.	
	Basado en los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para mejorarse. Una concusión no desaparece de inmediato. Yo estoy consciente de que la resolución de una lesión conlleva un proceso y puede requerir más de una evaluación.	
	Yo estoy consciente de que los médicos de la sala de emergencias/clínica de atención inmediata no me autorizarán a regresar, si he sido examinado inmediatamente después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanarse. Entiendo que yo soy/mi hijo tenemos mayor probabilidad de tener otra concusión o daño cerebral más serio si regreso a jugar o practicar antes de que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	Algunas veces las concusiones repetidas pueden causar problemas serios a largo plazo.	
	Yo he leído los síntomas de la concusión en la Hoja Informativa de la Concusión.	

\_\_\_\_\_  
Firma de Atleta estudiantil

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha