

## Formulario para la Participación en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2025-26

### 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.**

- Toda la información de contacto del estudiante y de los padres.
- Deporte actual en el que anticipa participar.
- La sección de condenas está completa.
- Solicitud de permiso: se enumeran los deportes en los que no está permitido participar. Tenga en cuenta: Los deportes interescolares de la escuela intermedia de WCPSS son baloncesto, béisbol, porristas (cheerleading), fútbol americano, fútbol (soccer), sóftbol, atletismo y voleibol.
- El historial médico del atleta está completo.
- Proporcione detalles para cualquier pregunta que haya respondido "sí" en el historial médico del atleta.

#### Evaluación Preliminar

- La evaluación preliminar del atleta debe estar firmada y fechada por el estudiante atleta y el padre o tutor legal.
- La sección del examen físico es completada y firmada por un médico (MD, DO, PA, NP). Nota: Un doctor de Medicina Quiropráctica no es aceptable.
- La sección de examen físico está fechada y firmada por el médico (MD, DO, PA, NP).
- La sección de examen físico debe incluir el nombre, la dirección y número de teléfono del consultorio médico donde se realizó el examen físico. También puede constar el sello del consultorio médico.

- El formulario de participación está firmado y fechado por el estudiante atleta.
- El formulario de participación está firmado y fechado por uno de los padres o tutores legales.
- Se ha leído y comprendido la Información sobre Contusiones Cerebrales para estudiantes/atletas y padres/tutores legales.
- Se ha completado, leído, firmado con iniciales y firmado la Declaración de Contusión Cerebral para Estudiantes/Atletas y Padres/Tutores Legales.
- Haga copias de los formularios completados para su archivo personal.

### ELEGIBILIDAD - (LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y DE ASISTENCIA PARA LA ELEGIBILIDAD NO APLICARÁN PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024)

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

1. Debe estar actualmente matriculado en el séptimo u octavo grado en el Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake (WCPSS).
2. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad antes de la fecha de la primera prueba/práctica.
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.
4. No debe participar si él o ella cumple 15 años el 31 de agosto de agosto o antes, del año escolar actual.
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.
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.
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.
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 6° grado. El director de la escuela debe tener prueba de la entrada inicial al 6° grado de cada participante.
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.
10. No debe tener más de 14 ausencias en total (requisito de asistencia del 85%) durante el semestre previo a la participación deportiva.
11. No debe participar (ni en prácticas ni en juegos) si no es elegible.
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.
13. Debe estar presente todo el día escolar a fin de poder participar en las prácticas o en los juegos.
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).
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 ocho días.
16. 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.
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.



# Formulario para la Participación en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2024-25

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.

## Formulario de Participación en los Deportes

**Instrucciones:** El Atleta Estudiantil y el Padre/Custodio legal deben leer y firmar el presente formulario.

**Promesa del Atleta estudiantil:** Como atleta estudiantil, yo soy un modelo a imitar. Entiendo el espíritu de juego limpio al jugar con fuerza. Me abstendré de tomar parte en todo tipo de comportamiento irrespetuoso, incluyendo lenguaje no apropiado, burlas, provocaciones y contacto físico innecesario. Sé las expectativas de comportamiento de mi escuela, y por este medio yo acepto la responsabilidad y el privilegio de representar a esta escuela y comunidad como un atleta estudiantil.

**Promesa del Padre:** Como padre, yo reconozco que soy un modelo a imitar. Recordaré que el atletismo escolar es una extensión del aula, ofreciendo experiencias de aprendizaje para los estudiantes. Yo debo demostrar el respeto a todos los jugadores, directores técnicos, espectadores y grupos de apoyo. Yo participaré en las porras que apoyan, animan y levantan el ánimo de los equipos involucrados. Entiendo el espíritu del juego limpio y el buen espíritu deportivo que se espera por parte de nuestra escuela. Por este medio yo acepto mi responsabilidad de ser un modelo del buen espíritu deportivo que se espera de ser el padre de un atleta estudiantil.

**Fútbol Americano:** Los atletas estudiantiles que son miembros del equipo de fútbol americano escolar deben leer, revisar con el padre / custodio legal, y firmar un formulario suplementario titulado *Safety List for Football Players* (Lista de Seguridad para Futbolistas). Este formulario enfatiza detalles específicos de cómo derribar, bloquear, correr el balón, posiciones básicas de pegar (hacer contacto), técnica fundamental y ajuste / uso del equipamiento. Este formulario estará disponible a través de su entrenador de fútbol americano y se debe completar antes de la práctica usando el equipo protector de fútbol americano (almohadillas).

**Solicitud para Permiso:** Nosotros, los padres/tutores legales del estudiante, damos nuestro permiso para el estudiante antes mencionado para representar a su escuela en los deportes intercolegiales, excepto para aquellos deportes que están tachados a continuación: (Ex. Fútbol)

Fútbol americano	Voleibol	Porrista	Fútbol	Béisbol
Baloncesto	Softball	Pista/Atletismo	Intramurals	Otros _____

**Autorización médica:** Como padre o custodio legal de este atleta estudiantil, yo doy mi permiso para el tratamiento que se juzgue necesario a consecuencia de una condición que pueda surgir o que afecte la participación en los deportes, incluso el tratamiento médico o cirugía recomendada por un médico. Yo entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes del tratamiento. Además, doy mi permiso de liberar la información médica a la escuela, al entrenador deportivo o al personal de primeros auxilios.

**Riesgo de Lesión:** Reconocemos y entendemos que hay un riesgo de lesión involucrado en la participación atlética. Entendemos que el atleta estudiantil estará bajo la supervisión y la dirección de un entrenador deportivo de WCPSS. Nos comprometemos a seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador a fin de reducir el riesgo de lesión del estudiante y de los otros atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni WCPSS pueden eliminar el riesgo de una lesión en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir y realmente ocurren. Las lesiones deportivas pueden ser severas y en algunos casos pueden causar la discapacidad permanente o hasta la muerte. Nosotros, libremente, a sabiendas, y voluntariamente aceptamos y asumimos el riesgo de lesión que podría ocurrir a consecuencia de la participación en los deportes.

**Permiso del Padre:** Yo he leído y he examinado los requisitos generales para la elegibilidad atlética en la escuela intermedia y he discutido estos requisitos con mi atleta estudiantil. Entiendo que las preguntas adicionales o las circunstancias específicas se deberán dirigir al entrenador de mi estudiante, director de deportes o el director escolar. Yo certifico como padre o custodio legal que la dirección de casa en este formulario es en efecto nuestro único domicilio, y que notificaré al director de la escuela intermedia de inmediato de cualquier cambio de domicilio, ya que cualquier traslado puede cambiar el estado de elegibilidad de mi atleta estudiantil. Según la Política 6201 de la Junta Directiva Escolar de WCPSS un "custodio legal" es una persona o una entidad a quien se le ha otorgado la custodia legal de un niño por un tribunal.

**Cambios en las Condiciones de Salud:** Si después de completar este formulario, se presentan cambios en los medicamentos, la necesidad de atención médica o en las condiciones de salud de su estudiante, favor comunicarse con el Entrenador Deportivo o Proveedor de Primeros Auxilios y proporcionar información actualizada de salud.

**Comunicado de prensa:** El WCPSS utiliza medios internos y externos para promover sus programas deportivos en una variedad de formas, que pueden incluir el uso de fotografías o videos de estudiantes atletas. WCPSS puede, por ejemplo, tomar una grabación de video de un evento o práctica atlética para que la utilicen los entrenadores a fin de mejorar el rendimiento del equipo, o el departamento de atletismo para promover el programa de una escuela en particular o resaltar un determinado evento atlético. Doy permiso para que WCPSS use la imagen de mi hijo para exhibirla, publicarla o divulgarla en medios impresos, de video o digitales. Además, entiendo y reconozco que la imagen de mi hijo puede aparecer en los sitios web de WCPSS o de escuelas individuales y puede divulgarse a organizaciones externas (como NCHSAA) oa los medios de comunicación.

**Nosotros, los abajo firmantes, estudiante y padre/custodio legal, certificamos que la dirección de casa indicada en este documento es en efecto nuestro único domicilio según ha sido proporcionado a la Oficina de Asignación Estudiantil del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake. También acordamos que notificaremos al director de la escuela secundaria inmediatamente de cualquier cambio de domicilio, ya que tal traslado puede cambiar el estado de elegibilidad.**

**Hemos leído las reglas de elegibilidad y este documento y entendemos todos los requisitos para la participación deportiva. Nos comprometemos en cumplir los requisitos expuestos en las reglas de elegibilidad y este documento. Toda la información contenida en este documento es precisa y correcta. Proveer información falsa en este formulario podría dar como resultado que el atleta estudiantil pierda su elegibilidad de participación atlética.**

Student Athlete: _____ (Signature)	_____ (Printed Name of Student Athlete)	Date _____
Parent: _____ (Signature)	_____ (Printed Name of Parent)	Date _____
Legal Custodian: _____ (Signature)	_____ (Printed Name of Legal Custodian)	Date _____



## 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 o M): \_\_\_\_\_

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

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis

Tres dosis  Fecha de la dosis de refuerzo \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(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).			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?			
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?			
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?			
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?			

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

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

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

---



---



---



---



---



---

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

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN REMINDERS

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

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

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

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

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

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



## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Not medically eligible pending further evaluation

- Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

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

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) \_\_\_\_\_

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

Iniciales del estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tutc

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitaré 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