

## Formulario para la Participación en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2020-21

### 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.

El Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte ha otorgado una extensión para los exámenes previos a la participación para el año académico 2020-2021. Todos los estudiantes que planean participar deben presentar un Formulario para la Participación en los Deportes actualizado. Los estudiantes cuyos exámenes físicos cumplan con los requisitos de extensión indicados a continuación deberán presentar todas las páginas del documento con excepción de la "página de firma del médico".

Fecha del examen médico actual	Requisito para 2020-21
Antes del 1º de marzo de 2019	Se requiere examen médico válido y actualizado antes de participar.
A partir del 1º de marzo de 2019	Extensión temporal otorgada para participar hasta el final del año académico 2020-21.
A partir del 2 de mayo de 2020	Participará en base a la política actual de ser "válido por 395 días".

**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" (Sí) 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"/> Guarde la hoja de instrucciones, reglas de elegibilidad y la hoja informativa sobre la contusión para su información, y haga una copia de las páginas del 1 al 9 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:

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 6º grado. El director de la escuela debe tener prueba de la entrada inicial al 6º 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. 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.
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 nueve días.
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.
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.

**Instrucciones:** Los Atletas Estudiantiles y los Padres deben haber leído la información sobre la contusión.

**¿Qué es una contusión?** Una contusión 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 pérdida del conocimiento o un desmayo. 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 hacia delante o hacia atrás.

**¿Cómo sé si tengo una contusión?** Hay muchas señales y síntomas que usted puede presentar después de una contusión. Una contusión 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para pensar claramente</li> <li>• Tomar más tiempo para descifrar las cosas</li> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Dificultad para recordar nueva información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• Visión borrosa</li> <li>• Sentir náusea</li> <li>• Vómito</li> <li>• Mareos</li> <li>• Problemas de equilibrio</li> <li>• Sensibilidad al ruido o la luz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse irritable – las cosas le molestan más fácilmente</li> <li>• Sentirse triste</li> <li>• Estar malhumorado</li> <li>• Sentirse nervioso o preocupado</li> <li>• Llorar fácilmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dormir más de lo normal</li> <li>• Dormir menos de lo normal</li> <li>• Dificultad para dormirse</li> <li>• Sentirse cansado</li> </ul>

**¿Qué debo hacer si pienso que tengo una contusión?** Si usted tiene cualquiera de las señales o síntomas detallados anteriormente, usted deberá informar a sus padres, al entrenador, al entrenador deportivo 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 un adulto como sus padres, 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 contusión?** 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 contusión, 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 contusión, 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 contusión?** Después de informarle a su entrenador, a sus padres y a cualquier personal médico a su alcance, que usted cree que tiene una contusión, probablemente será examinado por un médico capacitado en asistir a las personas con contusiones. 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 contusiones. Usted no debería regresar al juego ni a la práctica el mismo día que usted sospecha tener una contusión.

**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 en los Deportes de la Escuela Intermedia de WCPSS de 2020-21

**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 traviesa y voleibol. El entrenamiento con pesas puede ser un componente requerido en el acondicionamiento para cualquier deporte.

## North Carolina Sport Pre-Participation Examination Form / Formulario de Examinación previa a la participación en Deportes de Carolina del Norte (Página 2)

**Instructions:** 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.

**Instrucciones:** Este es una evaluación para la participación en deportes. **No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a)**, donde podría cubrirse información de salud importante y preventiva.

- **Athletes:** Please review all questions with your parent or legal custodian and answer them to the best of your knowledge.  
**Atletas:** Favor revisar todas las preguntas con su padre o custodio legal y responderlas según su mejor conocimiento.
- **Parents:** 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.  
**Padres:** Por favor, asegúrense de contestar todas las preguntas según su mejor conocimiento. Si no entienden o no saben la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntenle a su médico. El no revelar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.
- **Physicians:** We recommend carefully reviewing these questions and clarifying any Yes or Unsure answers.

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

Explain "Yes" or "Unsure" answers below/ En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí" o "No sé"	Yes Sí	No No	Unsure No sé
Does the athlete have any chronic medical illnesses [diabetes, asthma (exercise asthma), kidney problems, migraine, etc.]? List: ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, migrañas, etc.? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is the athlete presently taking any medications or pills? ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the athlete have any allergies (medicine, bees or other stinging insects, latex)? ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the athlete have the sickle cell trait? ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had a head injury, been knocked out, or had a concussion? ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had a heat injury (heat stroke) or severe muscle cramps with activities? ¿Alguna vez el deportista ha tenido una lesión por calor en la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever passed out or nearly passed out DURING exercise, emotion or startle? ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o asustarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever fainted or passed out AFTER exercise? ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete had extreme fatigue (been really tired) with exercise (different from other children)? ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had trouble breathing during exercise, or a cough with exercise? ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever been diagnosed with exercise-induced asthma? ¿Alguna vez un médico le ha dado un diagnóstico al deportista de tener asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has a doctor ever told the athlete that they have high blood pressure? ¿Alguna vez un médico le ha informado al deportista que tiene presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has a doctor ever told the athlete that they have a heart infection? ¿Alguna vez un médico le ha informado al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever been told they have a murmur or had an EKG or other test ordered for the athlete's heart? ¿Alguna vez un médico le ha informado al deportista que tiene un soplo en el corazón u ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"? ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had a seizure or been diagnosed with an unexplained seizure problem? ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had a stinger, burner or pinched nerve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna vez el deportista ha tenido algún nervio comprimido/pellizcado que le cause una sensación punzante o de ardor? Has the athlete ever had any problems with their eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o con la visión? Has the athlete ever sprained/strained, dislocated, fractured, broken or had repeated swelling or other injury of any bones or joints? ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, un hueso dislocado, fracturado o roto, o ha tenido alguna inflamación repetida u otra lesión en cualquier hueso o articulación? <input type="checkbox"/> Head/Cabeza <input type="checkbox"/> Shoulder/Hombro <input type="checkbox"/> Thigh/Muslo <input type="checkbox"/> Neck/Cuello <input type="checkbox"/> Elbow/Codo <input type="checkbox"/> Knee/Rodilla <input type="checkbox"/> Forearm/Antebrazo <input type="checkbox"/> Chest/Pecho <input type="checkbox"/> Hip/Cadera <input type="checkbox"/> Shin/calf/Pantorrilla <input type="checkbox"/> Back/Espalda <input type="checkbox"/> Wrist/Muñeca <input type="checkbox"/> Ankle/Tobillo <input type="checkbox"/> Hand/Mano <input type="checkbox"/> Foot/Pie <input type="checkbox"/> Other/Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever had an eating disorder, or do you have any concerns about their eating habits or weight? ¿Alguna vez el deportista ha tenido un trastorno alimenticio o existe alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete ever been hospitalized or had surgery? ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has the athlete had a medical problem or injury since their last evaluation? ¿El deportista ha tenido un problema de salud o se ha lastimado desde su última evaluación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 or others? El atleta: 1. ¿ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? 2. ¿se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza durante más de 2 semanas seguidas? 3. ¿se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o que está defraudando a su familia? 4. ¿ha tenido pensamientos en los que estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has any family member had a sudden, unexpected death before age 50 (including from sudden infant death syndrome [SIDS], car accident, drowning)? ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años (incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés), accidente de tránsito, ahogo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has any family member had unexplained heart attacks, fainting or seizures? ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques cardíacos, desmayos o convulsiones repentinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the athlete have a father, mother or brother with sickle cell disease? ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborate on any "yes" or "unsure" answers (If additional space is needed attach a separate sheet): Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí" o "No sé" (Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada):

Al firmar a continuación, usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o custodio legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.

Firma del Padre/Custodio legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## North Carolina Sport Pre-Participation Examination Form

**Instructions:** This form must be completed by a licensed physician, nurse practitioner or physician assistant.

Athlete's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) Pulse \_\_\_\_\_  
 Vision R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ Corrected: Y N Sport(s) \_\_\_\_\_

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)			
Herina (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: \_\_\_\_\_

(\*\*\* 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.)

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

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

(Signature and circle of designated degree required)

Physician Office Stamp:	Date of exam: _____ Address: _____ _____ Phone: _____
-------------------------	--

## 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 ni *Heads Up Football LLC* (si aplica) 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, incluyendo (si aplica) la participación en actividades con *Heads Up Football*.

**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.

**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.**

\_\_\_\_\_  
Padre 1 (Firma) Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre 2 (Firma) Fecha

\_\_\_\_\_  
Custodio legal (Firma) Fecha

**Atleta estudiantil:** Yo certifico que la información anteriormente mencionada es correcta, que he leído y examinado dicha información con mi padre / tutor(es) legal(es), y me comprometo en cumplir con estos estándares, así como los establecidos por mi escuela, director, director de deportes y el entrenador.

\_\_\_\_\_  
Atleta Estudiantil (Firma) Fecha

### For official use only:

School Year: \_\_\_\_\_ Date received: \_\_\_\_\_  
Checked for Completeness: \_\_\_\_\_ DoB: \_\_\_\_\_

Semester 1	Semester 2
Total Absences: _____	Total Absences: _____
Promoted: _____	
Language Arts: _____	Language Arts: _____
Mathematics: _____	Mathematics: _____
Social Studies: _____	Social Studies: _____
Science: _____	Science: _____



## Formulario de Contusión

**Instrucciones:** El atleta estudiantil y sus padres o custodio legal, deben colocar sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entienden la declaración correspondiente. El atleta estudiantil debe colocar sus iniciales en la columna izquierda y el padre o custodio legal debe colocar sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son aplicables solo al atleta estudiantil y deben tener solo las iniciales del atleta estudiantil. Este formulario debe completarse para cada atleta estudiantil, incluso si hay varios atletas estudiantiles en el hogar.

Nombre del Atleta Estudiantil: (escriba en letra de molde) \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los Padres/Custodio legal: (escriba en letra de molde) \_\_\_\_\_

Iniciales del Atleta Estudiantil		Iniciales del Padre/Custodio Legal
	Una contusión es una lesión cerebral, que se deberá reportar a mis padres o custodio legal, mi entrenador o el entrenador de mi hijo, o un médico profesional si hay uno disponible.	
	Una contusión no se puede "ver". Algunos síntomas podrían estar presentes inmediatamente. Sin embargo, 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 contusión, yo deberé decirle a mi entrenador(es), padres/ custodio legal, o un profesional médico sobre la contusión.	N/A
	Yo no volveré/ mi hijo no volverá a participar en un juego o práctica si recibo/recibe un golpe en la cabeza o en el cuerpo y dicha lesión causa algún síntoma relacionado a la contusión.	
	Yo necesitaré/ mi hijo necesitará un permiso escrito de un profesional médico capacitado en el tratamiento de la contusión para poder regresar a jugar o practicar después de una contusión.	
	Basado en los últimos datos, la mayoría de las contusiones toman días o semanas para mejorarse. Una contusión no desaparece de inmediato. Yo estoy consciente de que la resolución de una lesión conlleva un proceso y puede requerir más de una visita médica.	
	Yo estoy consciente de que los médicos de la sala de emergencias/clínica de atención inmediata no me autorizarán para regresar a jugar o a practicar, si he sido examinado inmediatamente o un poco después de haber ocurrido la lesión.	
	Después de una contusión, el cerebro necesita tiempo para sanarse. Yo entiendo/ mi hijo entiende que tiene una mayor probabilidad de tener otra contusión o daño cerebral más serio si regreso/ regresa a jugar o practicar antes de que los síntomas de la contusión desaparezcan.	
	Algunas veces las contusiones repetidas pueden causar problemas serios a largo plazo.	
	Yo he leído los síntomas de la contusión indicados en el Formulario o la Hoja Informativa sobre la Contusión del Atleta Estudiantil y del Padre/ Custodio Legal.	
	Yo le he preguntado a un adulto y/o profesional de la salud que me explique cualquier información que yo no entienda en el Formulario o la Hoja Informativa sobre la Contusión del Atleta Estudiantil y del Padre.	

Al firmar a continuación, aceptamos que hemos leído y entendemos la información contenida en el Formulario de Declaración de Contusión del Atleta Estudiantil y Padre/ Custodio Legal y hemos colocado debidamente nuestras iniciales al lado de cada declaración.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Atleta Estudiantil

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Custodio Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha