**ESTO ES SOLO UNA GUIA PARA CONTESTAR EL DOCUMENTO EN INGLES. POR FAVOR LLENE Y FIRME EL DOCUMENTO EN INGLES. GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.**

Evaluación Física previa a la participación

Fecha de examen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado \_\_\_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_En caso de emergencia, ponerse en contacto conNombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Explique las respuestas “Sí” a continuación.

Circula las preguntas a las que no sabes la respuesta. Sí No

1. ¿Te ha negado o restringido un doctor tu participación en un deporte por cualquier razón? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Tienes alguna condición médica continua (como diabetes o asma)? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Estas tomando al momento algún medicamento recetado o sin receta (medicamento de \_\_\_ \_\_\_

Libre venta) o pastillas)?

1. ¿Tienes alguna alergia a algún medicamente, polen, alimentos o picaduras de insectos? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Te has desmayado o casi desmayado DURANTE el ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Te has desmayado o casi desmayado DESPUÉS del ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
4. ¿Has tenido alguna molestia, dolor, presión en el pecho durante el ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
5. ¿Se acelera o salta latidos tu corazón durante el ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
6. Alguna vez te ha dicho el doctor que tienes:

\_\_ Alta presión sanguínea \_\_Un soplo en el corazón

\_\_ Colesterol alto \_\_ Una infección del corazón

1. ¿Ha ordenado un doctor un examen de tu corazón? (por ejemplo: ECG, ecocardiograma)? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Ha muerto alguien en tu familia sin razón aparente? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Alguien en tu familia tiene un problema del corazón? \_\_\_ \_\_\_
4. ¿Ha fallecido algún miembro de la familia o pariente de problemas del corazón o de muerte

Repentina antes de los 50 años? \_\_\_ \_\_\_

1. ¿Tiene alguien en tu familia el Síndrome Marfan? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Has pasado la noche en un hospital? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica (cirugía)? \_\_\_ \_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Alguna vez has tenido una lesión como un esguince, desgarro muscular o de ligamentos, \_\_\_ \_\_\_

Tendinitis que le hizo perder un entrenamiento o juego? Si la respuesta es sí, A continuación circula el área afectada 1. ¿Alguna vez has tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones descoyuntadas? \_\_\_ \_\_\_

Si la respuesta es sí, a continuación circula el área afectada 1. ¿Has tenido una lesión ósea o articular que requirió radiografías Imagen de resonancia \_\_\_ \_\_\_

Magnética (MRI), Tomografía computarizada (CT), cirugía, inyecciones, rehabilitación,Terapia física, aparto ortopédico, yeso o muletas? Si la respuesta es sí, circule a continuación

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cabeza | Cuello | Hombro | Brazo superior | Codo | Antebrazo | Mano/dedos | Pecho |
| Parte superior de espalda | Parte baja de espalda | Cadera | Muslo | Rodilla | Pantorrilla/ espinilla | Tobillo  | Pie/ dedos de los pies |

 |

1. ¿Alguna vez has tenido fracturas por sobrecarga? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Alguna vez te han dicho que tienes o has tenido una radiografía por inestabilidad \_\_\_ \_\_\_

atlantoaxial (cuello)?

1. ¿Usas regularmente un aparato ortopédico o dispositivo de ayuda? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Alguna vez te ha dicho un doctor que tienes asma o alergias? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Toses, resuellas, o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
4. ¿Hay alguien en tu familia que tiene asma? \_\_\_ \_\_\_
5. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicamento para el asma? \_\_\_ \_\_\_
6. ¿Naciste sin o te hace falta un riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano? \_\_\_ \_\_\_
7. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes? \_\_\_ \_\_\_
8. ¿Tienes algún sarpullido, úlceras por presión, u otros problemas de la piel? \_\_\_ \_\_\_
9. ¿Has tenido una infección de la piel por herpes? \_\_\_ \_\_\_
10. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral? \_\_\_ \_\_\_
11. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y estado confuso o perdiste tu memoria? \_\_\_ \_\_\_
12. ¿Alguna vez has tenido una convulsión? \_\_\_ \_\_\_
13. ¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio? \_\_\_ \_\_\_
14. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas \_\_\_ \_\_\_

 después de golpearte o caerte?

1. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover tus brazos o piernas después de golpearte o caerte? \_\_\_ \_\_\_
2. Al hacer ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares severos o te enfermas? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Te ha dicho un doctor que alguien en tu familia tiene el rasgo de células falciformes \_\_\_ \_\_\_

o la enfermedad de células falciformes?

1. ¿Has tenido problemas con tus ojos o visión? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Utilizas lentes o lentes de contacto? \_\_\_ \_\_\_
3. ¿Utilizas anteojos protectores, tales como gafas o una careta (protector de cara? \_\_\_ \_\_\_
4. ¿Estas satisfecho con tu peso? \_\_\_ \_\_\_
5. ¿Estas tratando de subir o bajar de peso? \_\_\_ \_\_\_
6. ¿Alguien ha recomendado que cambies tu peso o tus hábitos alimenticios? \_\_\_ \_\_\_
7. ¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes? \_\_\_ \_\_\_
8. ¿Tienes alguna preocupación que te gustaría hablar con tu doctor? \_\_\_ \_\_\_

**SOLO MUJERES**

1. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual? \_\_\_ \_\_\_
2. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo de menstruación? \_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Cuántos periodos de menstruación has tenido en los pasados 12 meses? \_\_\_\_\_\_\_

EXPLICA TUS RESPUESTAS “SÍ” AQUÍ:

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

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

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

|  |
| --- |
| **Por lo presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.**Firma del atleta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**(ESTE DOCUMENTO ES SOLO UNA REFERENCIA. ESTA PORCIÓN LA LLENARÁ EL DOCTOR)**

Evaluación Física previa a la participación Formulario de evaluación física

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_\_ % de grasa corporal \_\_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ BP \_\_/\_\_\_ (\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_)

Visión R 20/\_\_\_ L 20/\_\_\_ Corregido: SÍ NO Pupilas: Igual \_\_\_\_\_ Desigual \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal | Hallazgos anormales | Iniciales\* |
| **MÉDICO** |  |  |  |
| Apariencia |  |  |  |
| Ojos/orejas/nariz/garganta |  |  |  |
| Oír |  |  |  |
| Ganglios linfáticos |  |  |  |
| Corazón |  |  |  |
| Soplos  |  |  |  |
| Pulsos |  |  |  |
| Pulmones |  |  |  |
| Abdomen |  |  |  |
| Genitourinario (solo hombres)+ |  |  |  |
| Piel |  |  |  |
| **MUSCULOESQUELÉTICO**  |  |  |  |
| Cuello |  |  |  |
| Espalda |  |  |  |
| Hombro/brazo |  |  |  |
| Codo/antebrazo |  |  |  |
| Muñeca/manos/dedos  |  |  |  |
| Cadera/muslo |  |  |  |
| Rodilla |  |  |  |
| Pierna/tobillo |  |  |  |
| Pie/dedos de los pies  |  |  |  |

\*Solo para multi-examinador

+Se recomienda tener a un tercer partido presente para la examinación genitourinario

\_\_\_ Aprobado sin restricción

\_\_\_ Aprobado con recomendaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

No aprobado para \_\_\_ todos los deportes \_\_\_ ciertos deportes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otra información \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de doctor (imprima) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MD, o DO

**ESTO ES SOLO UNA GUIA PARA CONTESTAR EL DOCUMENTO EN INGLES. POR FAVOR LLENE Y FIRME DOCUMENTO EN INGLES**

**Regresar tarjeta completada a la sala de entrenamiento atlético u Oficina de Director Atlético**

**Tarjeta de Emergencia y Permiso de Padres (copia de oficina)**

Esta tarjeta deber firmarse por el padre o tutor tanto para el permiso para la atención médica y la cobertura del seguro. Si no tiene cobertura médica o le gustaría adquirir cobertura adicional, se puede comprar a través del distrito escolar.

**CONSENTIMIENTO DE PADRES**

Por lo presente doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, compita en los deportes y de ir con un representante de la escuela en cualquier viaje. En caso de accidente, lesión, cuando se requiera atención médica para mi hijo/hija/pupilo y no pueden localizarme, autorizo a la escuela que emplee a mi costo el servicio de un médico u hospital capacitado.

DOCTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si ninguno de los mencionados anteriormente está disponible, yo autorizo a la escuela asegurar los servicios de un médico calificado, hospital o servicios de emergencia.

FIRMA DE PADRES O TUTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COBERTURA DE SEGURO**

La ley de California (Código de Educación- Sección 32220, 32224) requiere que todos los miembros de un equipo deportivo tengan un seguro por lesiones corporales accidentales que proporciona al menos $ 1,500 de beneficios médicos y hospitalarios programados. Si usted tiene seguro, por favor complete lo siguiente: Yo, quien firma a continuación, certifico que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está asegurado por la cantidad de no menos de

 $1, 500 para gastos médicos/hospitalarios resultantes de lesiones corporales accidentales, como exigen las secciones 32220, 32224 de Código de Educación de California.

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

Compañía de Seguro Número de póliza Tipo (ejemplo PPO) Firma de padre/tutor

Me gustaría comprar el seguro de la escuela \_\_\_ sí \_\_\_\_no

Me gustaría comprar el seguro de fútbol (**SOLO** parea los atletas que juegan fútbol americano) \_\_\_\_ sí \_\_\_\_no

**TARJETA DE REGISTRO MÉDICO DE EMERGENCIA**

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

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Teléfono

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

Domicilio del estudiante Problema de salud/medicamento

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

Madre/madrastra/tutor (circule uno) Domicilio Teléfono

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

Padre/padrastro/tutor (circule uno) Domicilio Teléfono

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

Lugar de trabajo de madre/madrastra/tutor (circule uno) Domicilio Teléfono

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

Lugar de trabajo de Padre/padrastro/tutor (circule uno) Domicilio Teléfono

**ESTO ES SOLO UNA GUIA PARA CONTESTAR EL DOCUMENTO EN INGLES. POR FAVOR LLENE Y FIRME DOCUMENTO EN INGLES**

**Hoja de información de conmoción cerebral**

**Por favor regrese esta página**

Por lo presente reconozco que he recibido la Hoja de Información Conmoción Cerebral de mi escuela y yo he leído y entiendo su contenido. También acepto que si tengo alguna pregunta acerca de estos signos, síntomas y los protocoles de "Volver a Aprender" y "Volver a Jugar" voy a consultar con mi médico.

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

Nombre de atleta-estudiantil Firma de atleta-estudiantil Fecha

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

Nombre de padre/tutor Firma de padre/tutor Fecha

**COMITÉ DE APELACIONES DE ELEGIBILIDAD EXTRACURRICULAR**

Un comité de apelaciones de elegibilidad extracurricular compuesto por no menos de tres miembros del personal o facultad apropiados, revisará todas las apelaciones con respecto a elegibilidad y violaciones de este Código y Contrato.

**CONDUCTA DE PADRES**

Como el padre/madre firmante a continuación de un estudiante-atleta de SMHS, entiendo que los padres deben ser un modelo positivo al asistir a eventos deportivos. Si no puedo apoyar a los entrenadores, funcionarios y miembros del equipo de una manera positiva, entiendo que se me puede pedir salir y podría poner en peligro mi oportunidad de asistir a juegos en el futuro.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con los términos del Contrato Atlético/Actividades Extracurriculares durante la duración del año escolar.

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

Nombre del estudiante Firma del estudiante Fecha

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

Nombre del padre/madre/tutor Firma de padre/madre/tutor Fecha

**Hay copias completas del CÓDIGO Y CONTRATO ATLÉTICO/EXTRACURRICULAR en los sitios web del distrito y de la escuela. Copias impresas también se pueden obtener del Director Atlético Brian Wallace –** **bwallace@smjuhsd.org**

**Iniciales de padre/madre \_\_\_\_\_\_\_**

**Hoja de Información CIF de Conmoción Cerebral**

**¿Por qué estoy recibiendo esta hoja de información?**

Usted está recibiendo esta hoja de información sobre las conmociones cerebrales de acuerdo a la Ley de California AB 25 (efectivo 1 de enero, 2012), ahora Código de Educación §49475:

1. *La ley requiere que un atleta estudiantil que puede tener una conmoción cerebral durante una práctica o un juego deber ser removido de la actividad por el resto del día.*
2. *Cualquier atleta removido por esta razón debe recibir una nota por escrito de un médico capacitado en el manejo de la conmoción cerebral antes de volver a la práctica.*
3. *Antes de que un atleta puede empezar la temporada y comenzar la práctica de un deporte, una hoja de información de conmoción cerebral debe ser firmado y devuelto a la escuela por el atleta y el padre o tutor.*

Cada 2 años se requiere que todos los entrenadores reciban entrenamiento sobre las conmociones cerebrales (AB 145.1), así como certificación de entrenamiento en Primeros Auxilios, resucitación cardiopulmonar (RCP), ydesfibrilador externo semiautomático (dispositivos eléctricos de salvamento que se pueden utilizar durante la RCP).

**¿Qué es una conmoción cerebral y cómo puedo reconocerla?**

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral. Puede ser causada por un golpe o golpe a la cabeza o por un golpe en otra parte del cuerpo con la fuerza que sacude la cabeza. Las conmociones cerebrales pueden aparecer en cualquier deporte, y pueden mirarse de manera diferente en cada persona.

*La mayoría de las conmociones cerebrales mejoran con el reposo y más del 90% de los atletas se recuperan totalmente.* Sin embargo, todas las conmociones cerebrales deben considerarse grave. Si no se reconoce y administra de la manera correcta, puede resultar en problemas, incluyendo daño cerebral e incluso la muerte.

*La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin ser noqueado*. Señas y síntomas de una conmoción cerebral (ver de nuevo esta página) pueden aparecer inmediatamente después de la lesión, o pueden tardar horas en aparecer. Si su hijo/a le informa de algunos síntomas de conmoción cerebral o si nota algunos síntomas y señas, solicite una evaluación médica del entrenador físico de su equipo y un médico capacitado en la evaluación y administración de conmoción cerebral. Si su hijo/a está vomitando, tiene un fuerte dolor de cabeza, o está teniendo dificultad para permanecer despierto o responder a preguntas sencillas, llame al 911 para que lo/la lleven al departamento de emergencia del hospital local.

En el sitio web de la página CIF esta una Lista de Comprobación de Síntomas de Conmoción Cerebral. Si su hijo/a llena esto después de haber tenido una conmoción cerebral, ayuda al médico, entrenador atlético o entrenador entender cómo él/ella se siente y esperar muestra de mejora. Nosotros solicitamos que su hijo/a complete la lista de verificación en el inicio de la temporada, incluso antes de una conmoción cerebral haya ocurrido para poder entender si los síntomas como dolor de cabeza podrían ser parte de su vida cotidiana. A esto le llamamos una “*línea de base”* para que sepamos que síntomas son normales y comunes para su hijo/a. Guarde una copia para sus archivos y entregue el original. Si se produce una conmoción cerebral, él/ella debe llenar esta lista de verificación diariamente. Esta lista proporciona una lista de los síntomas de comparar con el tiempo para asegurarse de que el/la atleta se está recuperando de la conmoción cerebral.

**¿Qué puede suceder si mi hijo/a sigue jugando con síntomas de conmoción cerebral o vuelve demasiado pronto después de sufrir una conmoción cerebral?**

*Atletas con las señas y síntomas de una conmoción cerebral deben ser removidos del juego inmediatamente. NO hay regreso al juego el mismo día para un joven con una conmoción cerebral sospechada.* Los atletas jóvenes pueden tomar más tiempo para recuperarse de una conmoción cerebral y son más propensos a problemas graves a largo plazo por una conmoción cerebral.

A pesar de que un escenografía cerebral tradicional (por ejemplo una imagen de resonancia magnética (MRI o CT) puede ser "normal", el cerebro todavía se ha lesionado. Los estudios en animales y estudios de investigación humana muestran que un segundo golpe antes de que el cerebro se ha recuperado puede causar graves daños al cerebro. Si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera, esto puede llevar a una recuperación prolongada (de semanas a meses), o incluso a la hinchazón cerebral grave (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras.

Existe una creciente preocupación que la exposición de impactos a la cabeza y conmoción cerebral recurrente puede contribuir a problemas neurológicos a largo plazo. Uno de los objetivos de este programa de conmoción cerebral es impedir que se vuelva a jugar demasiado pronto para que se pueda prevenir el daño cerebral serio.

|  |  |
| --- | --- |
| **Señales observadas compañeros, padres y entrenadores incluyen:*** Parece mareado
* Parece aturdido
* Confundido por jugadas
* Se olvida de jugadas
* No está seguro del juego, puntos u oponente
* Se mueve con torpeza o con dificultad
* Contesta preguntas con lentitud
 | * Arrastra palabras al hablar/balbucea
* Muestra un cambio en personalidad o manera de actuar
* No puede recordar eventos antes o después de la lesión
* Convulsión o ataque
* Cualquier cambio en comportamiento típico o personalidad
* Se desmaya
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Síntomas pueden incluir uno o más de lo siguiente:*** Dolores de cabeza
* “Presión en la cabeza”
* Náuseas o vomita
* Dolor en el cuello
* Tiene dificultad en pararse o caminar
* Visión borrosa, doble, no clara
* Molesta la luz o ruido
* Se siente débil o ralentizado
* Sensación brumoso o aturdido
* Somnolencia
* Cambio en patrones de dormir
 | * Pérdida de memoria
* “No se siente bien”
* Cansado o poca energía
* Triste
* Nervioso o con los nervios de punta
* Irritable
* Más emocional
* Confundido
* Problemas de concentración o memoria
* Repite la misma pregunta/comentario
 |

**¿Qué es Volver a Aprender?**

Después de una conmoción cerebral, los estudiantes atletas pueden tener dificultades con la memoria a corto plazo, la concentración y la organización. Se requerirá reposo mientras se recupera de una lesión (ejemplo: evitar la lectura, textear, video juegos, películas con volumen alto), y tal vez tengan que quedarse en casa de la escuela unos cuantos días. En lo que regresa a la escuela, el horario de places podría tener que comenzar con unas pocas clases o medio día, dependiendo de cómo se sienta. Si la recuperación de una conmoción cerebral está tomando más tiempo de lo esperado, también pueden beneficiarse de un horario de clases reducido y/o tareas limitadas; una evaluación formal de la escuela también puede ser necesaria. Su escuela o el médico pueden ayudar a sugerir y hacer estos cambios. Atletas estudiantiles deben completar las directrices de Volver a Aprender y regresar a completar la escuela antes de comenzar cualquier deporte o actividad física, a menos que su médico haga otras recomendaciones. Vaya a la página web de CIF (cifstate.org) para más información.

**¿Cómo se determina Volver a Jugar (RTP-por sus siglas en inglés)?**

Los síntomas de conmoción cerebral deben haber desaparecido por completo antes de volver a la competencia. Una progresión RTP, o Volver a Jugar, es una progresión gradual de aumento del esfuerzo físico, actividades específicas del deporte y los riesgos del contacto. Si los síntomas ocurren con la actividad, la progresión debe ser detenida. Si no hay síntomas el día siguiente, el ejercicio se puede reiniciar en la etapa anterior.

RTP después de la conmoción cerebral debe ocurrir sólo con autorización médica de un médico capacitado en la evaluación y la gestión de casos de conmoción cerebral y un plan de progresión por etapas supervisado por un entrenador atlético, u otro administrador escolar identificado. Por favor consulte cifstate.org para un plan gradual de volver a jugar. *[AB 2127, una ley del estado de California con vigencia del 1/1/15, reza que volver a jugar (es decir, la plena competencia) no debe ocurrir antes de 7 días después de que el diagnóstico de la conmoción cerebral haya sido realizado por un médico.]*

**Reflexiones finales para los padres y tutores:**

 *Es bien sabido que los atletas de la preparatoria (high school) a menudo no hablan acerca de las señales de la conmoción cerebral, la cual es la razón por la que es importante que esta hoja de información sea revisada con ellos.* Enséñele a su hijo/a que le diga al personal entrenador si él/ella siente tales síntomas, o si él/ella sospecha que un compañero de equipo ha sufrido una conmoción cerebral. Usted también debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores atléticos acerca de las señales y síntomas de la conmoción cerebral que pueda ver en su hijo/a.

Referencias:

• American Medical Society for Sports Medicine position statement: concussion in sport (2013)

• Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012