

ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE

FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Esta es una evaluación para la participación en deportes. No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.

Instrucciones para el deportista: Por favor, revisa todas las preguntas junto con tu padre/madre/tutor legal y contéstalas lo mejor posible de acuerdo a lo que sepas.

Instrucciones para los padres de familia: Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

Instrucciones para el médico: Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar todas las respuestas que tiene como respuesta "Sí" o "No sé"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Si."	Sí	No	No sé
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿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"/>
6. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿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"/>
10. ¿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"/>
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿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"/>
16. ¿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"/>
17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Pantorrilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El deportista ha tenido: 1. Poco interés o placer en hacer las cosas; 2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas; 3. Se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia; 4. Ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿El deportista ha tenido algún problema de salud desde su última evaluación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Si."	Sí	No	No sé
HISTORIA FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿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 coche,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ahogo]?			
25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí":

Si necesita espacio adicional adjunte una hoja adicional

Al firmar en la parte de abajo 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 tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del deportista: _____ Fecha: _____ N° telefónico: _____

Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia

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.

Última actualización – Mayo del 2016

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

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

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) _____

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

Iniciales del
estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tutc

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitare el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte

Elegibilidad y Declaración de Autorización 2016-2017

Este documento debe ser firmado por el participante de una escuela miembro de la NCHSAA y por el padre/madre del participante.

He leído, entendido y acuso recibo de las reglas de elegibilidad de la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte (NCHSAA, por sus siglas en inglés). Entiendo que una copia del Manual de la NCHSAA está en archivo con el director y el administrador de atletismo y yo podría revisarlo, en su totalidad, si lo deseo. Todos los estatutos y reglamentos de la NCHSAA que están en el manual, también están publicados en el sitio web de la NCHSAA en www.nchsaa.org

Entiendo que una escuela miembro de la NCHSAA debe **cumplir con todas las reglas y regulaciones** que se refieren a los programas de atletismo inter-escolar patrocinados por la escuela, pero que las reglas locales pueden ser más estrictas que las reglas de la NCHSAA.

Entiendo que la participación en atletismo inter-escolar es un **privilegio no un derecho**.

Código de responsabilidad del estudiante

Como un estudiante atleta, **entiendo y acepto** las responsabilidades siguientes:

Respetaré los derechos y creencias de los demás y trataré a los demás con cortesía y consideración.

Seré **completamente responsable** de mis propias acciones y las consecuencias de mis acciones.

Respetaré la propiedad de los demás.

Respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

Mostraré respeto a aquellos que son responsables de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

Entiendo que un estudiante cuyo carácter o conducta viola el Código de Atlético de la escuela o el Código de Responsabilidad de la escuela podría ser considerado(a) no elegible por un período de tiempo determinado por el director o la administración del sistema escolar

Entiendo que si retiro una clase, tomo trabajo del curso a través de la opción de Inscripción Post Secundaria, u otras opciones educativas, esta acción podría afectar el cumplimiento de los estándares académicos de la NCHSAA y mi elegibilidad.

Consentimiento fundamentado – Por su naturaleza, la participación en actividades deportivas inter-escolares incluye el riesgo de lesiones y la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis B. Aunque las lesiones serias no son comunes y el riesgo de transmisión del VIH es casi inexistente en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todo el riesgo. Los participantes tienen la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado, e inspeccionar su propio equipo cada día. **PADRES DE FAMILIA, TUTORES LEGAL O ESTUDIANTES QUE NO DESEEN ACEPTAR EL RIESGO DESCRITO EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO. ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR EN UN DEPORTE PATROCINADO POR LA NCHSAA SIN LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y PADRE / MADRE/ TUTOR.**

Entiendo que en caso de **lesión o enfermedad que requiere tratamiento por personal médico y de transporte a un centro de atención médica**, se hará un intento razonable para comunicarse con el padre / madre / tutor legal, en caso que el estudiante-atleta sea un menor de edad, pero que, de ser necesario, el estudiante-atleta será tratado y transportado en ambulancia al hospital más cercano.

Doy consentimiento para tratamiento médico para el estudiante después de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y / o un concurso.

Entiendo que todas las concusiones son potencialmente serias y puede dar lugar a complicaciones, incluyendo daño cerebral prolongado y muerte si no se reconoce y se maneja adecuadamente. Además entiendo que si mi estudiante se retira de una práctica o competencia debido a una sospecha de concusión, él/ella no podrá volver a participar ese día. Después de ese día, la autorización escrita de un médico (M.D. o D.O.) o un entrenador de atletismo, que trabaja bajo la supervisión de un médico, será requerida para que el estudiante pueda volver a participar.

He recibido, leído y firmado la Hoja de información de concusión Gfeller-Waller.

Doy mi consentimiento para que la NCHSAA use el nombre del aquí llamado estudiante, semejanza, y la información relacionada con atletismo en los informes de las competencias, la literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo inter-escolar.

Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que damos consentimiento de la participación del estudiante nombrado en el presente documento.

Debe ser firmado antes de la participación

Firma del estudiante

Fecha de Nacimiento

Grado en la escuela

Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Sport: _____

Smithfield Selma High School
Sports Medicine Department
Student-Athlete Contact Information Form

Date: ____/____/____

School Year: _____

Athlete Information:

Please Print

Name: _____ Class of: _____
(Last) (First) (Middle)

Gender: M F Date of Birth: ____/____/____ SS# or ID# _____ Race: _____ Age: _____

Parent / Guardian Information:

Father's Name _____ Father's Work # (____) _____
Employer _____ Father's Cell / Pager # (____) _____

Mother's Name _____ Mother's Work # (____) _____
Employer _____ Mother's Cell / Pager # (____) _____

Street Address _____ County: _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Home Phone: (____) _____

Alternate Emergency Contact Person: _____ Daytime Phone: (____) _____

Athlete Medical Information:

1. Are you allergic to any type of medication? **Y / N** List: _____
2. List any other allergies: _____
3. Do you take medications regularly? **Y / N** List: _____
4. Do you take medicine for emergency use? **Y / N** List: _____
5. Date of last tetanus shot: _____
6. During athletic participation, do you wear: glasses? **Y / N** contacts? **Y / N** dental appliance? **Y / N**
7. Do you have asthma? **Y / N** If so, do you use an inhaler? **Y / N** What kind? _____
Directions for use: _____
8. Do you have any other medical conditions? **Y / N** List: _____

Insurance Information

Insurance Company Name: _____ Policy Name & # _____
(or Group Number)

Medical Authorization – As the parents or legal guardian of this student athlete I grant permission for treatment deemed necessary for a condition arising during or affecting participation in sports, including medical or surgical treatment recommended by a medical doctor. I understand that every effort will be made to contact me prior to treatment. Also, permission is granted to release medical information to the school and first responder.

Risk of Injury – We acknowledge and understand that there is a risk of injury in athletic participation. We understand that the student-athlete will be under the supervision and direction of a JCS athletic coach. We agree to follow the rules of the sport and the instructions of the coach in order to reduce the risk of injury to the student and of injury in sports. Injuries may and do occur. Sports injuries can be severe and in some cases may result in permanent disability or even death. We freely, knowingly, and willfully accept and assume the risk of injury that might occur from participation in athletics.

Student (Signature): _____ Date: _____

Parent/Guardian (Print): _____ (Signature): _____ Date: _____