

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

2024

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** *cada año* para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Teléfono: _____

Médico personal _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año? ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas? ¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio? ¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:		
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla <input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Brazo
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____					
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____					
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Alguna vez ha convulsionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. ¿Le falta algún órgano par?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
No es necesario que se realice un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el examen cardíaco en el Formulario de concientización sobre paro cardíaco repentino de la UIL. Al marcar esta casilla, elijo que se le realice un ECG a mi estudiante para un examen cardíaco adicional. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG.					

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

--

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifiesta alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno:

Firma del padre o tutor:

Fecha:

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____ Firma: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ PA: _____ / _____ (_____ / _____, _____ / _____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/_____ I 20/____ Corregida: Sí No Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, *debe* completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. * *La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
Estígmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

Autorizado
 Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____

No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.



FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre de estudiante _____

Definición de conmoción cerebral: significa un proceso fisiopatológico complejo que afecta al cerebro y es causado por una fuerza física traumática o un impacto en la cabeza o el cuerpo que puede: (A) incluir una función cerebral alterada temporal o prolongada que resulta en síntomas físicos, cognitivos o emocionales o patrones de sueño alterados; e (B) implicar pérdida de conciencia.

Prevención: enseñar y practicar el juego seguro y la técnica adecuada.

- Siga las reglas del juego.
- Asegúrese de que se use el equipo de protección requerido para todas las prácticas y los juegos.
- El equipo de protección debe caber correctamente y ser inspeccionado regularmente.

Signos y síntomas de la conmoción cerebral: los signos y síntomas de la conmoción cerebral pueden incluir, entre otros: Dolor de cabeza, parecer estar aturdido o atontado, tinnitus (zumbido en los oídos), fatiga, dificultad para hablar, náuseas o vómitos, mareos, pérdida de equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz o al ruido, sensación de mareo o borroso, pérdida de memoria o confusión.

Supervisión: cada distrito designará y aprobará un Equipo de Supervisión de Conmociones cerebrales (COT). El COT debe incluir al menos un médico y un entrenador atlético si uno es empleado del distrito escolar. Otros miembros que pueden incluir: Enfermera de práctica avanzada, quiropráctico, fisioterapeuta, neuropsicólogo o asistente de médico. El COT se encarga de desarrollar el protocolo Regreso al Juego basado en evidencia científica revisada por pares.

El tratamiento de la conmoción cerebral: el estudiante-atleta/porrista deberá ser retirado de la práctica o participación de inmediato si se sospecha que tiene una conmoción cerebral. Todo estudiante-atleta/porrista sospechoso de sufrir una conmoción cerebral deberá ser visto por un médico antes de que puedan regresar a la participación de atletas o porristas. El tratamiento para la conmoción cerebral es el descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa, como mirar televisión, jugar videojuegos, enviar mensajes de texto, usar computadora y las luces brillantes. Cuando todos los signos y síntomas de la conmoción cerebral se hayan despejado y el estudiante haya recibido la autorización escrita de un médico, el estudiante-atleta/porrista podrá comenzar el protocolo de Regreso al Juego de su distrito, según lo determinado por el Equipo de supervisión de conmociones cerebrales.

Regreso al juego: según el Código de Educación de Texas, sección 38.157:

A un estudiante retirado de una práctica o competencia interescolar de atletismo (incluidos, por regla de la UIL, los porristas) bajo la Sección 38.156 se le puede no permitir practicar o participar nuevamente después de la fuerza o el impacto que se cree que ha causado la conmoción cerebral hasta que:

- (1) el estudiante haya sido evaluado, usando protocolos médicos establecidos basados en evidencia científica revisada por pares, por un médico tratante elegido por el estudiante o el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante;
- (2) el estudiante haya completado con éxito cada requisito del protocolo de regreso al juego establecido en la Sección 38.153 necesaria para que el estudiante regrese a jugar;
- (3) el médico tratante haya proporcionado una declaración por escrito que indique que, según juicio profesional del médico, es seguro para el estudiante para volver a jugar; y
- (4) que el estudiante y el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas para el estudiante:
 - (A) haya reconocido que el estudiante ha completado los requisitos del protocolo de regreso al juego necesarios para que el estudiante vuelva a jugar;
 - (B) haya proporcionado la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) a la persona responsable del cumplimiento del protocolo de regreso al juego bajo la Subsección (c) y la persona que tiene responsabilidades de supervisión bajo la Subsección (c); y
 - (C) haya firmado un formulario de consentimiento que indique que la persona que firma:
 - (i) haya sido informado y consiente que el estudiante participe en regresar a jugar de acuerdo con el protocolo de regreso al juego;
 - (ii) entiende los riesgos asociados con el regreso del estudiante a jugar y cumplirá con todo requisito continuo en el protocolo de regreso al juego;
 - (iii) aprueba la divulgación a las personas apropiadas, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) y, en su caso, las recomendaciones de regreso al juego del médico tratante; y entiende las disposiciones de inmunidad bajo la Sección 38.159.

Firma del parent o el tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha



FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO (SCA)

Los hechos
básicos sobre el paro
cardíaco súbito

Recursos de sitios web:

Asociación Americana del Corazón:
www.heart.org

Autor principal: Arnold Fenrich,
MD y Benjamin Levine, MD

Revisores adicionales: Comité
Consultivo Médico de la UIL

¿Qué es el paro cardíaco súbito?

- Ocurre de repente y, a menudo, sin previo aviso.
- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) palpitén peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación) e interrumpan la capacidad de bombeo del corazón.
- El corazón no puede bombear sangre al cerebro, pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde la conciencia (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte ocurre en minutos si no se trata de inmediato.

¿Qué causa el paro cardíaco súbito?

Condiciones (heredadas de la familia) heredadas presentes en el nacimiento del músculo cardíaco:

Miocardiopatía hipertrófica:- hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de paro cardíaco súbito en atletas en los EE. UU.

Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho- reemplazo de parte del ventrículo derecho por grasa y cicatriz; la causa más común de paro cardíaco repentino en Italia.

Síndrome de Marfan - un trastorno de la estructura de los vasos sanguíneos que los hace propensos a la ruptura; a menudo, asociado con brazos muy largos y articulaciones inusualmente flexibles.

Condiciones heredadas presentes en el nacimiento del sistema eléctrico:

Síndrome de QT largo: anomalía en los canales iónicos (sistema eléctrico) del corazón.

Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y síndrome de Brugada:

otros tipos de anormalidades eléctricas que son raras pero se presentan en familias.

Condiciones no heredadas

(no heredadas de la familia, pero aún presentes al nacer):

Anormalidades de la arteria

coronaria:- anomalía de los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo cardíaco. Esta es la segunda causa más común de paro cardíaco repentino en atletas en los EE. UU.

Anomalías en la válvula aórtica: falla de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) en su desarrollo adecuado; generalmente causa un fuerte soplo cardíaco.

Cardiomiopatía sin compactación:- a una afección en la que el músculo cardíaco no se desarrolla normalmente.

Síndrome de Wolff-Parkinson-White:- una fibra conductora extra está presente en el sistema eléctrico del corazón y puede aumentar el riesgo de arritmias.

Condiciones no presentes en el nacimiento pero adquiridas más adelante en la vida:

Commutio cordis: commoción del corazón que puede ocurrir al ser golpeado en el pecho con una pelota, disco o puño.

Miocarditis: infección o inflamación del corazón, generalmente, causada por un virus.

Uso de drogas recreativas/de mejora del rendimiento.

Idiopático: En ocasiones, se desconoce la causa subyacente del paro cardíaco súbito, incluso después de la autopsia.

¿Cuáles son los síntomas/signos de advertencia del paro cardíaco súbito?

- Desmayos/apagones (especialmente durante el ejercicio)
- Mareo
- Fatiga/debilidad inusual
- Dolor de pecho
- Falta de aliento
- Náuseas/vómitos
- Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o latidos intermitentes)
- Antecedentes familiares de paro cardíaco súbito a la edad <50

CUALQUIERA de estos síntomas y signos de advertencia que ocurran durante el ejercicio pueden requerir una evaluación adicional de su médico antes de volver a la práctica o a un juego.

¿Cuál es el tratamiento para el paro cardíaco súbito?

El tiempo es crítico y una respuesta inmediata es vital.

- **LLAME AL 911**
- **Comience RCP**
- **Use un desfibrilador externo automatizado (AED)**

¿Cuáles son las formas de detectar el paro cardíaco súbito?

La Asociación Americana del Corazón recomienda una historia de preparticipación y física que incluya 14 elementos cardíacos importantes.

El formulario de Evaluación física - Historial médico de preparticipación de la UIL incluye **TODOS** los 14 de estos importantes elementos cardíacos y es obligatorio realizarlo anualmente.

¿Cuáles son las actuales recomendaciones para evaluar atletas jóvenes?

La Liga Interescolar Universitaria requiere el uso del formulario específico de Historial médico de preparticipación anualmente. Este proceso comienza cuando los padres y estudiantes atletas responden preguntas sobre los síntomas durante el ejercicio (como dolor en el pecho, mareos, desmayos, palpitaciones o dificultad para respirar); y preguntas sobre el historial de salud familiar.

Es importante saber si algún miembro de la familia murió súbitamente durante una actividad física o durante una convulsión. También es importante saber si alguien de la familia menor de 50 años tuvo una muerte súbita inexplicada, como ahogamiento o accidentes automovilísticos. Esta información debe proporcionarse anualmente porque es esencial identificar a aquellos en riesgo de muerte súbita cardíaca.

Liga Interescolar Universitaria requiere la Preparticipación física Formulario de examen antes de la escuela intermedia participación atlética y de nuevo antes del 1.er y 3.er año de la escuela secundaria. El examen que incluye la medición de presión de sangre y un cuidadoso examen auditivo del corazón, especialmente para los soplos y las anomalías del ritmo. Si no se informan signos de advertencia sobre el historial de salud y no se descubren anomalías en el examen, no se recomienda ninguna evaluación o prueba adicional para problemas/inquietudes cardíacas.

¿Hay opciones adicionales disponibles para detectar afecciones cardíacas?

Las pruebas de detección adicionales con un electrocardiograma (ECG) y un ecocardiograma (Echo) están disponibles para todos los atletas por parte de sus médicos personales, pero no es obligatorio, y generalmente no es recomendado por la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) o el Colegio Estadounidense de Cardiología (ACC). Las limitaciones del examen adicional incluyen la posibilidad (~10 %) de "falsos positivos", lo que lleva a un estrés innecesario para el estudiante y el parent o el tutor, así como una restricción innecesaria de la participación atlética. También existe la posibilidad de "falsos negativos", ya que no todas las afecciones cardíacas se identificarán mediante una prueba de detección adicional.

¿Cuándo debería un atleta estudiante ver a un especialista del corazón?

Si un examinador calificado tiene inquietudes, una referencia a un especialista del corazón infantil, se recomienda un cardiólogo pediátrico. Este especialista puede realizar una evaluación más completa, lo que incluye un electrocardiograma (ECG), que es un gráfico de la actividad eléctrica del corazón. También se puede realizar un ecocardiograma, que es una prueba de ultrasonido para permitir la visualización directa de la estructura del corazón. El especialista también puede solicitar una prueba de ejercicio en cinta, o un monitor para permitir una grabación más prolongada del ritmo cardíaco. Ninguna de las pruebas es invasiva o incómoda.

¿Puede el paro cardíaco súbito ser prevenido solo a través de una prueba de detección adecuada?

Una evaluación adecuada (Evaluación física de preparticipación - Historial médico) debe encontrar muchas, pero no todas, de las condiciones que podrían causar muerte súbita en el atleta. Esto se debe a que algunas enfermedades son difíciles de descubrir y pueden desarrollarse más adelante en la vida. Otras pueden desarrollarse después de una prueba de detección normal, como una infección del músculo cardíaco por un virus. Esta es la razón por la que se debe realizar un historial médico y una revisión del historial de salud familiar anualmente. Con una prueba de detección y una evaluación adecuados, la mayoría de los casos se pueden identificar y prevenir.

Por qué tener un DEA en el sitio durante los eventos deportivos

El único tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es el uso inmediato de un desfibrilador externo automático (DEA). Un DEA puede restaurar el corazón a un ritmo normal. Un DEA también salva el ventrículo ibrilación causada por un golpe en el pecho sobre el corazón (commotio cordis).

El Proyecto de Ley 7 del Senado de Texas requiere que en cualquier evento atlético patrocinado por la escuela o equipo las siguientes prácticas en las escuelas secundarias públicas de Texas, deben estar disponibles:

- Un DEA está en un lugar desbloqueado en la propiedad de la escuela dentro de una distancia razonable al campo de atletismo o al gimnasio.
- Todos los entrenadores, los entrenadores de atletismo, los maestros de educación física, las enfermeras, los directores de banda y los patrocinadores de porristas están certificados en reanimación cardiopulmonar (RCP) y en el uso del DEA.

- Cada escuela tiene un procedimiento de seguridad desarrollado para responder a una emergencia médica que involucra un paro cardíaco.

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que el DEA se ubique en un lugar central accesible e idealmente a no más de 1 a 1 1/2 minuto a pie de cualquier ubicación y que se haga una llamada para activar el sistema de emergencia del 911 mientras el DEA esté siendo recuperado.

Firmas de estudiantes y padres/tutores

Certifico que he leído y entiendo la información anterior.

· Firmas de padres/tutores

Nombre del parent/tutor (letra imprenta)

Fecha

Firma del alumno

Nombre del estudiante (letra imprenta)

Fecha



Formulario de Acuerdo/Acuse de recibo de padres y estudiantes en relación con el uso de esteroides anabólicos y prueba aleatoria de esteroides

- La ley del Estado de Texas prohíbe que se posean, dispensen, entreguen o administren esteroides de una manera que no sea permitida por la ley estatal.
- La ley estatal de Texas también establece que la construcción del cuerpo, la mejora muscular o el aumento de la masa muscular o de la fuerza mediante el uso de un esteroide por una persona que goza de buena salud no es un propósito médico válido.
- La ley del estado de Texas requiere que solo un profesional autorizado, con autoridad para prescribir, puede recetar un esteroide para una persona.
- Toda violación de la ley estatal en lo que respecta a esteroides es una ofensa criminal que se castiga con el confinamiento en la cárcel o el encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO DEL ESTUDIANTE

Como requisito previo para la participación en actividades atléticas de la UIL, afirmo que no usaré esteroides anabólicos según se define en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides Anabólicos de la UIL. He leído este formulario y entiendo que se me puede pedir que me someta a pruebas de presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo, y por este medio acepto someterme a dichas pruebas y análisis en un laboratorio certificado. Además, entiendo y acepto que los resultados de la prueba de esteroides se pueden proporcionar a ciertas personas en mi escuela secundaria, según se especifica en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en www.uiltexas.com.org. Entiendo y acepto que los resultados de las pruebas con esteroides se mantendrán confidenciales en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que si no proporciono información precisa y veraz, podría estar sujeto a sanciones según lo determine la UIL.

Nombre del estudiante (letra imprenta): _____ Grado (9 a 12) _____

Firma del alumno: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN Y ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES/TUTORES

Como requisito previo para la participación de mi estudiante en actividades atléticas de la UIL, certifico y reconozco que he leído este formulario y que entiendo que mi estudiante debe abstenerse del uso de esteroides anabólicos, y que se le puede solicitar que se someta a pruebas de presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Por la presente, acepto que se someta a mi hijo a dicha prueba y análisis en un laboratorio certificado. Además, entiendo y acepto que los resultados de la prueba de esteroides se pueden proporcionar a ciertos individuos en la escuela secundaria de mi estudiante según se especifica en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en www.uiltexas.com.org. Entiendo y acepto que los resultados de las pruebas con esteroides se mantendrán confidenciales en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que si no proporciono información precisa y veraz, mi hijo podría sufrir sanciones según lo determine la UIL.

Nombre (letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el alumno: _____

Año escolar (se completará anualmente) _____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL MANUAL ATLÉTICO DE SEALY ISD

[VOLVER AL ENTRENADOR](#)

El Manual de Sealy está publicado en el sitio web de Sealy ISD en la pestaña Atletismo para su visualización.

Debido a que la participación en actividades extracurriculares es un privilegio y no un derecho, Sealy ISD está autorizado a establecer estándares más altos para los participantes de actividades extracurriculares que para aquellos estudiantes que deciden no participar en estas actividades. Por lo tanto, este Manual Atlético se extiende más allá del código de conducta de Sealy ISD no solo en los tipos de conducta prohibidos, sino también en las consecuencias y jurisdicción correspondientes para imponer disciplina. Ambos hemos leído el manual de Sealy ISD y entendemos completamente todas las políticas del Manual del Departamento Atlético de Sealy ISD. Ambos aceptamos cumplir y apoyar estas políticas.

Nombre impreso del atleta _____ Firma _____
del atleta _____ Fecha _____

Nombre impreso del parent/tutor _____ Firma del
parent/tutor _____ Fecha _____

(El Director Atlético se ocupará de cualquier circunstancia no cubierta en las Pautas Atléticas).

Solo estudiantes de secundaria

Distrito Escolar Independiente de Sealy

Consentimiento para participar en el programa de pruebas de drogas obligatorias para estudiantes

Hemos leído y entendemos la política que rige el Programa de pruebas obligatorias de drogas de Sealy ISD. Entendemos que como condición para participar en programas extracurriculares y para estacionar y conducir en las instalaciones escolares de Sealy High School, el estudiante nombrado a continuación debe participar en el programa de pruebas de drogas. Con nuestras firmas a continuación, autorizamos a Sealy ISD a realizar pruebas de drogas en cualquier muestra de orina/prueba de alcoholemia que el estudiante nombrado proporcione en las fechas y horas especificadas por los funcionarios escolares de Sealy ISD. Entendemos que al momento del examen, nosotros, a nuestra propia discreción, podemos proporcionar una copia de cualquier receta médica o verificación médica relacionada con cualquier medicamento que el estudiante esté tomando. Si proporcionamos esta información en un sobre sellado al personal de la escuela, entendemos que el sobre sellado se enviará sin abrir al laboratorio de pruebas designado. Además, entendemos que se le indicará al laboratorio que considere el uso de dicho medicamento por parte del estudiante para garantizar un resultado preciso de la prueba de drogas. El laboratorio de pruebas no divulgará la información sobre los medicamentos recetados a ningún funcionario escolar de SISD.

Número de identificación del estudiante _____

Nombre del estudiante _____

Hombre Mujer (Circule uno)

Firma del parent/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante _____ Fecha _____



ATLETISMO SEAL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAR



Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa: _____ Médico de familia: _____

Alergias: _____ Si es así, indique: _____

Otras alertas médicas _____ Si es así, indique: _____

¿Algún trabajo dental removible? _____ ¿Usas lentes de contacto? _____

Enumere cualquier condición médica que los servicios médicos de emergencia (EMS), los hospitales y los entrenadores de Sealy deben conocer:

- (1) _____
(2) _____
(3) _____

¿Dónde se puede localizar a un parente, tutor o pariente cercano en caso de una emergencia?

(_____) _____ - _____ Nombre _____ Relación _____
(_____) _____ - _____ Nombre _____ Relación _____
(_____) _____ - _____ Nombre _____ Relación _____
(_____) _____ - _____ Nombre _____ Relación _____

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante (mencionado anteriormente) necesita atención y tratamiento inmediatos según lo pueda brindar un médico, entrenador, enfermera o representante de la escuela, y por la presente indemnizo y salvo indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo por parte de cualquier persona a causa de dicha atención y tratamiento de dicho estudiante.

Firma del parente/tutor _____

Nombre impreso del parente/tutor _____ Fecha _____