DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE HABERSHAM
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ATLETISMO, SEGURO Y CONSENTIMIENTO

Por favor escribir con letra de imprenta

Nombre _____
(Apellido) (Nombre de Pila)

Dirección _____
(Calle/PO Box) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

teléfono _____Fecha de nacimiento _____Género: Varón/ Hembra

Escuela _____ Grado _____ Deporte(s) _____
(2024-2025)

****

IFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Información de contacto de emergencia:_____
(Nombre del primer contacto)

Teléfono _____ _____ _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Si la primera persona no se puede localizar: _____
(Nombre del segundo contacto)

Teléfono _____ _____ _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

CERTIFICACIÓN DE SEGURO

Al firmar esta declaración, doy fe y certifico que mi hijo/hija tiene seguro médico en caso de que ocurra una herida.

_____ _____
Firma del padre o guardián Fecha

AVERTENCIA DE RIESGO

ADVERTENCIA: Aunque la participación en atletismo y actividades escolares pueden ser uno de los menos peligrosos en los que los estudiantes participarán, **POR SU NATURALEZA, LA PARTICIPACIÓN DE ATLETISMO INTERESCOLAR INCLUYE UN RIESGO DE HERIDAS QUE PUEDE VARIAR EN SEVERIDAD DE MENOR A CATASTRÓFICO DE PLAZO LARGO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADOS A, PARÁLISIS Y MUERTE**. Aunque las heridas graves no son comunes en los programas interescolares de atletismo, el riesgo sólo es posible reducir al mínimo, no eliminar.

Los participantes pueden y tienen la responsabilidad de ayudar a reducir el riesgo de daño a sí mismos y a otros. **ATLETAS DEBEN RESPETAR LAS REGLAS DE SEGURIDAD, INFORMAR DE TODOS LOS PROBLEMAS FÍSICOS AL ENTRENADOR ATLÉTICO Y, SEGUIR UN PROGRAMA DE PREPARACION Y DE FUERZA, INSPECCIONAR DIARIAMENTE EL EQUIPO E INFORMAR INMEDIATAMENTE AL ENTRENADOR DE CUALQUIER PROBLEMA.**

Al firmar estas declaraciones usted, el estudiante y los padres, reconoce que ha leído y entendido esta advertencia. LOS PADRES O ESTUDIANTES QUE NO QUIEREN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITO EN ESTE AVISO NO DEBE FIRMAR ESTA SECCIÓN.

_____ _____
Firma del estudiante Fecha

_____ _____
Firma del padre o guardián Fecha

CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA LIBRAR, TRATAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, doy mi permiso para que el personal de medicina deportiva en las Escuelas del Condado Habersham evalúe y trate al estudiante mencionado arriba si él/ella se lastima durante su participación en actividades deportivas interescolares. Yo autorizo a la escuela para obtener, a través de un médico de su elección, cualquier tipo de atención de emergencia que puede ser razonablemente necesario para el estudiante en el curso de tales actividades deportivas o de viaje hasta el momento en que pueda ser notificado. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica pertinente de cualquier médico o centro médico a los Entrenadores de Atletismo de las Escuelas del Condado de Habersham donde este conocimiento se relaciona a la participación deportiva, el tratamiento y la rehabilitación de la lesión y el bienestar de mi hijo/hija. **También estoy de acuerdo para eximir de responsabilidad a la escuela, el personal de medicina deportiva, el cuerpo técnico, la administración, o cualquier otra persona que actúe en nombre de mi hijo/hija de cualquier lesión que ocurre con el estudiante nombrado en el curso de tales actividades deportivas, viajes, o cuidado de heridas**.

_____ _____
Firma del padre o guardián Fecha

DECLARACIÓN DEL ESTUDIANTE DE CUMPLIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE RIESGO

Esta solicutud para competir en actividades interescolares es totalmente voluntaria por mi parte y se hace con el entendimiento de que no he violado ninguna de las normas de elegibilidad y los reglamentos de la Asociación de las Escuelas Secundarias de Georgia o las Escuelas del Condado de Habersham. He leído las declaraciones anteriores y acepto todos los riesgos involucrados con mi participación deportiva y sepo, comprendo y valoro los riesgos. Se me ha dado la oportunidad de preguntar y obtener más conocimientos sobre dichos riesgos y aceptar los riesgos.

_____ _____
Firma del estudiante Fecha

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino

Escuela: _____

1: Aprende las primeras señales de advertencia

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolar torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en repuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

2. Aprende a reconocer un paro cardiaco repentino

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

3. Aprende solo las manos RCP

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitals hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodíllese al lado de la victima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otro, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una victim que no necesita un shock.

Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino , yo doy_____ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2024-2025. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

_____	_____	_____
Nombre del Estudiante (Impreso)	***Nombre del Estudiante (Firmado)***	***Fecha***

_____	_____	_____
Nombre del Padre (Impreso)	***Nombre del Padre (Firmado)***	***Fecha***

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociónes Cerebrales

Escuela: _____

PELIGROS DE CONMOCIÓNES CEREBRALES

Conmociónes Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIÓNES CEREBRALES

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Perdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA: De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional medico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención medica adecuado puede incluir un medico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un medico con licencia como una enfermera practicante, un asistente medico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociónes cerebrales.

a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despejado con la autorización medica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy _____ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2024-2025. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso)	***Nombre del Estudiante (Firmado)***	***Fecha***
Nombre del Padre (Impreso)	***Nombre del Padre (Firmado)***	***Fecha***

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer: _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

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

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

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

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

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

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

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

(Primer Nombre)

(Apellido)

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	☐	☐
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	☐	☐
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	☐	☐

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

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

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	☐	☐
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	☐	☐
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	☐	☐
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?	☐	☐
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	☐	☐
25. ¿Le preocupa su peso?	☐	☐
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	☐	☐
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	☐	☐
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	☐	☐

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

2023 Este formulario ha sido modificado para uso de la GHSA

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

PHYSICIAN REMINDERS

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

EXAMINATION		
Height: Weight:		
BP: / (/) Pulse: Vision: R 20/ L 20/ Corrected: ☐ Y ☐ N		
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)	☐	
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing	☐	
Lymph nodes	☐	
Heart[a] • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)	☐	
Lungs	☐	
Abdomen	☐	
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), or tinea corporis	☐	
Neurological	☐	
MUSCULOSKELETAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Neck	☐	
Back	☐	
Shoulder and arm	☐	
Elbow and forearm	☐	
Wrist, hand, and fingers	☐	
Hip and thigh	☐	
Knee	☐	
Leg and ankle	☐	
Foot and toes	☐	
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test	☐	

[a] Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

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

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

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

_____

_____

☐ Medically eligible for certain sports

_____

_____

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

_____

_____

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

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

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

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

_____

_____

Medications: _____

_____

_____

Other information: _____

_____

_____

Emergency contacts: _____

_____

_____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.