

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 solicitud 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

■ 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: _____

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

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Se siente triste, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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).

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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 inexplicable)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

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: _____

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
- Dolor 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 respuesta 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 vitales 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. Arrodílese 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 2021-2022. 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 Conmociones Cerebrales

Escuela: _____

PELIGROS DE CONMOCIONES CEREBRALES

Conmociones 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 CONMOCIONES 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
- Pérdida 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 médico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención médica adecuado puede incluir un médico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un médico con licencia como una enfermera practicante, un asistente médico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones 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 médica 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 mi hijo durante el año escolar 2021-2022. 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

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS de MÉDICO

1. Examinar las cuestiones adicionales sobre cuestiones más sensibles

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se siente triste, desesperado, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su hogar o residencia?
 - ¿Alguna vez has probado cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco, u otro tipo?
 - ¿Durante los últimos 30 días, usó el tabaco de mascar, tabaco, u de otro tipo?
 - Toma alcohol o usa otras drogas?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos ni hayan utilizado algún complemento para el desempeño de otros?
 - ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?
 - ¿Usa el cinturón de seguridad, utilice un casco, y use condones?
2. Considere la posibilidad de revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5-14).

EXAMINACION		U Varón	U Hembra
Estatura	Peso		
BP	Pulso	Visión R 20/	L 20/
		Corregido	U S U N
Revisión Médica	NORMAL	HALLAZGO ANORMAL	
Aspecto • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazo > altura, hiperlaxitud, la miopia, MVP, insuficiencia aórtica)			
Ojos / oídos, nariz y garganta • Pupilas iguales • Audición			
Los ganglios linfáticos			
Corazón ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)			
Pulsos • los pulsos radiales y femorales simultáneas			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (solo varones) ^b			
Piel • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis			
Neurológico ^c			
MUSCULOESQUELÉTICOS			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antemano			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera y muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/dedos del pie			
Funcional • Camina como un pato, salto de una sola pierna			

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

D Autorizado para todos los deportes sin restricciones _____

D Autorizado para todos los deportes sin restricciones con las recomendaciones para una mayor evaluación o tratamiento _____

D No autorizado

D En espera de evaluaciones adicionales

D Para ningún deporte

D Para ciertos deportes _____

Reason _____

Recomendaciones _____

He examinado al estudiante arriba mencionado y completado la evaluación previa a la participación física. El atleta no presenta contraindicaciones aparentes para la práctica clínica y participar en el deporte (s) como se indica más arriba. Una copia del examen físico está el registro en mi oficina y pueden ser puestos a disposición de la escuela a petición de los padres. Si condiciones surgen después de que el atleta ha sido autorizado para participar, el médico puede rescindir el despacho hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias son totalmente explicadas a los atletas (y los padres / tutores).

Nombre del Médico (impresión) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Médico _____, MD or DO

- II - PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre _____ Sexo V H Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

- Autorizado para todos los deportes sin restricciones
- Autorizado para todos los deportes sin restricciones con las recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional _____

- No autorizado
 - En espera de evaluaciones adicionales
 - Para ningún deporte
 - Para ciertos deportes

Razón _____

Recomendaciones _____

He examinado el estudiante arriba mencionado y completado la evaluación previa a la participación física. El atleta no presenta contraindicaciones aparentes para la práctica clínica y participar en el deporte (s) como se indica más arriba. Una copia del examen físico es el registro en mi oficina y pueden ser puestos a disposición de la escuela a petición de los padres. Si condiciones surgen después de que el atleta ha sido autorizado para participar, el médico puede rescindir el despacho hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias son totalmente explicó a los atletas (y los padres / tutores).

Nombre del Médico (im prenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Médico _____ MD or DO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Alergias _____

Otra información _____

