

**PREPARTICIPACIÓN DE EVALUACIÓN FÍSICA - HISTORIAL MÉDICO**

**Revisado 8/14/2020**

Este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** debe completarse *anualmente* por el padre (o tutor) y el estudiante, para que el estudiante pueda participar en las actividades atléticas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que impida que sea peligroso participar en un evento deportivo.

Nombre del estudiante: (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Médico personal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, comunicarse con:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ Teléfono (T) \_\_\_\_\_

Explique las respuestas "Sí" en el cuadro de abajo\*\*. Circule las preguntas que no sepa las respuestas.

		Sí	No			Sí	No					
1.	¿Has tenido una lesión o enfermedad médica desde tu última revisión o examen físico deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13.	¿Alguna vez has tenido, de forma inesperada, falta de aliento con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	¿Has sido hospitalizado durante una noche en el último año? ¿Alguna vez has tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			¿Tienes asma? ¿Tienes alergias estacionales que requieran tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.	¿Alguna vez has tenido la prueba para el corazón ordenada por un médico? ¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio? ¿Alguna vez has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio? ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14.	¿Utilizas algún equipo especial de protección o correctivo o dispositivos que no se utilizan por lo general para tu práctica deportiva o posición (por ejemplo, apoyo de rodilla, protección para el cuello, aparatos ortopédicos, frenos dentales, prótesis de oído)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	¿Alguna vez ha tenido aceleración de tu corazón o arritmia? ¿Has tenido presión arterial alta o colesterol alto? ¿Te han dicho alguna vez que tienes un soplo en el corazón? ¿Algún miembro de la familia ha muerto de problemas del corazón o de muerte súbita inesperada, antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15.	¿Alguna vez has tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación? ¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones? En caso afirmativo, marca la casilla correspondiente y explica a continuación: <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Espinilla / Pantorrilla <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	¿Has tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Alguna vez un médico negó o restringió tu participación en los deportes por algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
4.	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16.	¿Quieres llegar a pesar más o menos de lo que pesas ahora? ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	¿Alguna vez fuiste noqueado, perdido el conocimiento, o has perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue tu última conmoción? _____ ¿Qué tan grave fue cada uno? (Explique a continuación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		18.	¿Se te ha diagnosticado o tratado por el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.	¿Alguna vez has tenido una convulsión? ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o graves? ¿Alguna vez has tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas, o pies? ¿Alguna vez has tenido una lesión, ardor o compresión nerviosa? ¿Has perdido algún órgano par?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19.	<b>Sólo para las mujeres</b> ¿Cuándo fue tu primer período menstrual? ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente? ¿Cuánto tiempo por lo general pasa desde el inicio de un período hasta el principio del otro? ¿Cuántos períodos has tenido en el último año? ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos en el año pasado?						
6.	¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
7.	¿Estás tomando actualmente algún medicamento o píldoras o inhalador con receta o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
8.	¿Tienes alguna alergia (por ejemplo, al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20. 21.	<b>Hombres solamente</b> ¿Tienes dos testículos? ¿Tienes inflamación o protuberancias testiculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9.	¿Alguna vez te has sentido mareado durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Una respuesta individual afirmativa a cualquier pregunta en relación a un posible problema de salud cardiovascular (preguntas tres anterior), tal como se identifica en el formulario, debe restringir la participación hasta que el individuo sea examinado y sea dado de alta por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera						
10.	¿Tienes problemas actuales de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
11.	¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
12.	¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> No se requiere un electrocardiograma (ESG). He leído y entiendo la información sobre la detección cardíaca en el Formulario de concientización sobre paro cardíaco repentino de UIL. Al marcar esta casilla, elijo obtén un ECG para mi estudiante para un examen cardíaco adicional. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG.											

Queda entendido que pese a que el atleta porte equipo protector siempre que ello sea necesario, prevalece la posibilidad de un accidente. Ni la Liga Académica Universitaria, como tampoco la escuela secundaria, asume responsabilidad alguna en el caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente debe necesitar atención y tratamiento inmediato, como resultado de una lesión o una enfermedad, por la presente solicito, autorizo y consiento tal cuidado y tratamiento que pueda ser dado a dicho estudiante por algún médico, entrenador de atletismo, enfermera o representante de la escuela. Estoy de acuerdo en indemnizar y no responsabilizar a la escuela y a cualquier representante de la escuela o del hospital de cualquier reclamación por alguna persona por razón de tal cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la competición atlética, ocurriera alguna enfermedad o lesión que limitara la participación de este estudiante, yo estoy de acuerdo en notificar a las autoridades de la escuela de la enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Si no se proporcionan las respuestas veraces se podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones determinadas por la UIL.

Firma del estudiante: X \_\_\_\_\_ Firma del Padre o Tutor: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cualquier respuesta Sí a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere evaluación médica adicional, que puede incluir un examen físico. Se requiere la autorización por escrito de un médico, un asistente médico, quiropráctico, o enfermera antes de cualquier participación en las prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PRÁCTICA, SCRIMMAGE O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE CLASES.

For School Use Only This Medical History Form was reviewed by: Printed Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## PREPARTICIPACIÓN DE EVALUACIÓN FÍSICA - EXAMEN MÉDICO

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % de grasa corporal (Opcional) \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )  
presión arterial braquial mientras está sentado

Visión D 20/ \_\_\_\_\_ I 20/ \_\_\_\_\_ Corregida:  S  N Pupilas:  Iguales  Desiguales

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe ser completado antes de la participación de atletismo en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación atlética en la escuela secundaria. **Debe** completarse si hay respuestas afirmativas a preguntas concretas sobre el FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA del estudiante en el reverso. \* **La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICAS</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición supina.			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición de pie.			
Corazón - pulsos en las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (hombres solamente)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiperlaxitud articular, escoliosis)			

### MUSCULOESQUELÉTICO

Cuello			
Espalda			
Hombro / Brazo			
Codo / Antebrazo			
Muñeca / Mano			
Cadera / Muslo			
Rodilla			
Pierna / Tobillo			
Pie			

\*examen basado en estación solamente

### AUTORIZACIÓN

- Autorizado
- Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para: \_\_\_\_\_

No autorizado para: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

*La siguiente información debe ser completada y firmada por un Médico, por un Asistente Médico licenciado por un Consejo Estatal de Examinadores de Asistentes Médicos, una Enfermera Registrada reconocida como una Enfermera de Práctica Avanzada por una Junta de Examinadores de Enfermeras, o un Doctor en Quiropráctica. No se aceptarán formularios de exámenes firmados por cualquier otro profesional del cuidado de la salud.*

Nombre (letra imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Deben ser completados antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de clases, (tanto en temporada y fuera de temporada) o juegos / partidos.

**Atletismo del Distrito - U.I.L. Plan de Seguro de Accidentes**

Es una política del Distrito Escolar Independiente de Spring Branch, requerir que cada estudiante y atleta que participe en los programas atléticos auspiciados por la escuela tengan la cobertura de seguro de accidentes. El distrito no permitirá que ningún niño participe en estas actividades hasta que el padre o tutor haya comprado el seguro de accidentes del Athletic/U.I.L del Distrito, o haya certificado que el estudiante ya tiene cobertura, por medio de una póliza de accidentes que ofrezca cobertura equivalente o mayor que la que ofrece el Plan de Seguro de accidentes Athletic/U.I.L del distrito.

**Nombre del estudiante:** (Letra de molde) - \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombre)

**Id. del estudiante#:** - \_\_\_\_\_

**Escuela:** (Letra de molde) - \_\_\_\_\_

He leído la información presentada con respecto al seguro de accidentes Athletic-UIL del Distrito, en la página de "CFI Information". Convengo en participar en el plan de seguro accidentes del Athletic-UIL del Distrito. Estoy de acuerdo en pagar \$25.00 para participar en esta cobertura. Comprendo que se trata de una póliza de seguros de beneficios limitados, que cubre a todos los atletas estudiantes mientras participan, practican o viajan para una competencia deportiva de la UIL. Comprendo también que los padres o tutores son los responsables de presentar cualesquiera reclamaciones y de pagar las cuentas subsecuentes no pagadas por la compañía de seguros. Ver la página de información.

Si usted decide no participar en el programa de seguro de accidentes, comuníquese por favor con su entrenador o instructor, para obtener una forma de "Rechazo del Seguro", que deberá firmar y devolver.

(Aceptación)

\*\*\*\* A. Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Rechazo de CFI-

**RECHAZO AL SEGURO DE ACCIDENTES ATHLETIC-UIL DEL DISTRITO**

**Nombre del estudiante:** (Letra de molde) - \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombre)

**Escuela:** (Letra de molde) - \_\_\_\_\_

Comprendo que ésta es una póliza del Distrito Escolar Independiente de Spring Branch para requerir que cada niño que participe en las competencias deportivas de la escuela intermedia y secundaria se encuentre protegido por un seguro de accidentes. El distrito no permitirá que ningún niño participe en estas actividades hasta que el padre o tutor haya comprado un seguro de accidentes Athletic/UIL ofrecido de acuerdo con el Plan de Seguro de Accidentes para el Estudiante del Distrito o ha acreditado que éste ya tiene una póliza de seguro de accidentes que proporciona sustancialmente la misma protección que la prevista en el Plan de Seguro de Accidentes para el Estudiante del Distrito.

Yo, o mi agente de seguros, hemos revisado mi póliza de seguro de accidentes con la póliza proporcionada bajo Plan de Seguro de Accidentes para el Estudiante del Distrito, y certifico que la cobertura planteada bajo mi póliza para la protección contra lesión accidental para dicho niño, mientras participa en competencias deportivas, es sustancialmente la misma que la proporcionada bajo el Plan de Seguro de Accidentes para el Estudiante del Distrito.

Además, entiendo que todas las reclamaciones que surjan de una lesión accidental a tal niño, habrán de ser presentadas y pagadas por mi agente personal de seguros y no se deberán presentar, procesar o pagar por el agente bajo el Plan de Seguro de Accidente de UIL Atlético del Distrito.

La firma en este punto significa que yo declino participar en la cobertura para Plan de Seguro de Accidente para un Estudiante del Distrito.

**Se deberá proporcionar una prueba de cobertura de seguro al corriente: se habrá de registrar una fotocopia de la tarjeta de identificación (I.D.) del seguro de accidentes al corriente y la información debe ser registrada en la "Autorización para consentimiento del tratamiento de un menor de edad", formulario (CFI).**

(Rechazo)

\*\*\*\* R. Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE SPRING BRANCH****Atletismo del Distrito - U.I.L. Plan de Seguro de Accidente**

El Distrito Escolar Independiente de Spring Branch ha comprado una póliza de seguros de beneficios limitados, que cubre a todos los estudiantes atletas mientras participan, practican o viajan para una competencia Atlética-UIL. El Distrito está pidiendo a cada individuo que participe en el plan de seguros atléticos de UIL que pague una parte del costo. Para el año escolar 2014-2015, este costo es de solamente \$25.00.

**El seguro atlético no es un seguro de 24 horas.**

*(Si usted necesita cobertura adicional sobre accidentes para su estudiante, es posible comprar un plan de beneficio limitado a través del plan de seguro contra accidentes escolar del estudiante (Ver el folleto que usted recibió proveniente de la escuela de su niño), que proporcionará beneficios limitados para el estudiante cuando él o ella no estén participando en los eventos atléticos - U.I.L.).*

**La siguiente información se relaciona con la cobertura de Atlético - U.I.L. del Distrito:**

1. El costo de la póliza para el estudiante es de sólo **\$25.00**. Haga sus cheques pagaderos a **S.B.I.S.D.**
2. Esta póliza cubre al estudiante y atleta sólo durante la práctica regular, la práctica fuera de temporada, los juegos durante su temporada y cuando participa en actividades sancionadas por la U.I.L.
3. Si usted tiene otro seguro contra accidentes para el estudiante / atleta, esta póliza se convierte en una póliza de cobertura secundaria en exceso y será coordinada con cualquier cobertura personal que usted pueda ya tener. Si no existiera otra cobertura personal, ésta se convertirá en la cobertura primaria.

**El Plan de seguro de la competencia Atlético - U.I.L. es un plan de beneficios limitados. No cubrirá el 100% de los gastos.** *(Usted puede obtener una copia de los beneficios de la póliza, llamando a la Oficina de Atletismo Central al 713-251-1207).* **Como una característica adicional la póliza le ofrece también una "Red" de proveedores (Médicos, rayos X., etc.) los cuales abarcan la mayoría de los beneficios de asignación completa, a bajo o ningún costo para usted.** *(Comuníquese con el entrenador principal de cada escuela o a The Brokerage Store al 1-800-366-4810, para mayor información sobre la "Red").*

4. Toda factura no pagada por su compañía personal o por la póliza de UIL Atlético, será responsabilidad de los padres/tutores. Los padres y/o tutores serán los responsables de presentar cualesquiera reclamaciones y cualesquiera recibos de pago subsecuentes.
5. Si usted tiene otra cobertura de seguro, usted deberá primero presentarse con su compañía de seguros personal. Si usted está asegurado por un HMO/PPO, deberá utilizar las instalaciones y los médicos de HMO/PPO, tal como sea especificado por su plan de seguros.
6. Con excepción de una emergencia, las lesiones físicas deberán reportarse al entrenador o director técnico de atletismo del plantel y se habrá de obtener un formulario de reclamación antes de pasar a consultar al doctor.
7. Los formularios de reclamación se obtienen con el entrenador del plantel, con el coordinador de atletismo del plantel o en la oficina de la Oficina de Atletismo del Distrito, al 713-251-1207.
8. La compañía de seguros no aceptará un formulario de reclamación si la Parte A no ha sido llenada completamente por el entrenador de la escuela que presencié el accidente. Por favor lea cuidadosamente todas las instrucciones.
9. Conserve por favor esta información para sus propios archivos.

**BENEFICIOS MÉDICOS (Lo que paga el Plan de Seguros)** - Cuando la lesión cubierta por esta póliza resulta en tratamiento por un médico con licencia dentro de los 180 días contados a partir de la fecha de la lesión, la Compañía pagará los cargos usuales y de costumbre (U y C) incurridos que se enumeran a continuación por los servicios y suministros necesarios, tal como se enumera más abajo, por los gastos incurridos dentro de un año contado a partir de la fecha de la lesión, hasta un Beneficio Médico Máximo de \$ 25,000 por lesión. Esta póliza pagará los beneficios sin importar Otra Cobertura Válida. Salvo que se indique lo contrario, todos los importes que figuran abajo son por lesión.

**A. BENEFICIOS PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO**

1. Habitación y alimentación hospitalaria.....
2. Cuidado intensivo (en lugar de habitación y alimentación hospitalaria).....
3. Servicios Hospitalarios Misceláneos (todos los cargos, excepto habitación y alimentos) .....
4. Visitas sin intervención quirúrgica del médico (no incluye la terapia física no pagada el día de la cirugía) .....
5. Tratamiento de Fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, SME, masaje, manipulación o ajustes en cualquier forma y / o visitas de consultorio relacionadas con lo mismo) .....
6. Rayos X y servicios de radiología .....
7. Enfermera registrada.....

**Todas las cantidades que aparecen abajo son por lesión**

- Cargos por habitación semi-privada
- 1.5 X cargos de habitación semi-privada  
U y C, por el primer día, hasta \$ 1,000, entonces hasta \$ 500 por día; máximo \$5,000
- U y C, el primer día de tratamiento hasta \$ 50, las visitas posteriores hasta \$ 40, máximo 10 visitas

Incluido en los beneficios misceláneos hospitalarios

Incluido en los beneficios misceláneos hospitalarios

U y C

**B. BENEFICIOS DE CIRUGÍA PARA PACIENTE AMBULATORIO**

1. Cirugía Ambulatoria (Cargo por el servicio), suministros de la sala y todos los demás gastos para la cirugía de paciente externo

U y C, hasta \$2,000

**C. OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

1. Cargos por la sala de emergencia en el hospital.....
2. Rayos X y servicios de radiología .....
3. Escaneos CAT, MRI y escaneo de huesos .....
4. Servicios de Laboratorio .....
5. Visitas del médico sin intervención quirúrgica (no pagadas el día de la cirugía) .....
6. Cuidado no quirúrgico del médico de la sala de emergencia .
7. Aparatos ortopédicos (cuando sean prescritos por un médico para la curación) .....
8. Vacunas e inyecciones (dentro de las 24 horas después de la lesión) .....
9. Medicamentos con Receta .....
10. Tratamiento de Fisioterapia (incluye hidromasaje, diatermia, SME, masaje, manipulación o ajustes en cualquier forma y / o visitas al consultorio) .....
11. Servicio de Ambulancia (Aérea o terrestre) .....
12. Reemplazo de anteojos (si también se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta) .....
13. Equipo médico duradero (Post-quirúrgico solamente) .....

U y C, hasta \$300

U y C; hasta \$250 por servicios; \$50 por interpretación

U y C; hasta \$750 por servicios; \$50 por interpretación

U y C, hasta \$100

U y C, hasta \$50 por visita; 10 visita máximo

U y C, hasta \$150

U y C, hasta \$500

U y C, hasta \$50

U y C, hasta \$50

U y C, hasta \$50 por visita; máximo 5 visitas

U y C, hasta \$1,000

U y C, hasta \$200

U y C, hasta \$100

**D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS**

1. Tratamiento Dental (en lugar de todos los demás beneficios médicos, incluyendo radiografías de dientes sanos y naturales) .....
2. Cuidado quirúrgico del médico (en hospitalización o ambulatorio). Sólo se permitirá un procedimiento (el más alto programado) cuando varios procedimientos se realizan a través de la misma incisión o en sucesión inmediata .....
3. Cargos del Cirujano Asistente (Paciente hospitalizado o ambulatorio).....
4. Cargos del anestesista (Paciente hospitalizado o ambulatorio).....

U y C, hasta \$200 por pieza dental

U y C, hasta \$2,500

25% de la prestación de cirugía

25% de la prestación de cirugía

Igual que cualquier lesión, hasta \$1,000

**E. LESION POR VEHICULO MOTORIZADO**

**F. OTROS BENEFICIOS** - El golpe de calor y el agotamiento por calor se tratarán como cualquier otro tipo de accidente.

**G. MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

Cuando la lesión cubierta por esta póliza provoca muerte accidental o desmembramiento dentro de los 180 días a partir de la fecha del accidente, los siguientes beneficios serían pagaderos.

Pérdida de la vida .....\$2,000

Pérdida de un ojo .....\$2,000

Doble desmembramiento.....\$10,000

Desmembramiento sencillo .....\$ 2,000

**EXCLUSIONES (Lo que el Plan NO PAGA)**

1. Cualquier dolencia, enfermedad, infección (a menos que sea causada por un corte o herida abierta), que incluye, pero no se limita a: agravamiento de una condición congénita, ampollas, dolores de cabeza, hernia de cualquier tipo, enfermedad mental o física, la enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilolisis, deslizamiento de la epífisis capital femoral, ortodondia.
2. Lesiones por las cuales los beneficios se pagan de acuerdo con la Workers' Compensation o las Employer's Liability Laws.
3. Toda lesión que implique un vehículo de motor de dos o tres ruedas o moto de nieve o cualquier vehículo motorizado o accionado por motor que no está diseñado principalmente para su uso en la vía pública y carreteras, a menos que el asegurado esté participando en una actividad patrocinada por el titular de la póliza.
4. El reemplazo de las lentes de contacto, audífonos o prescripciones o exámenes de lo mismo.
5. Participación, práctica o juego de las actividades de UIL, incluidos los viajes hacia o desde ese tipo de actividad, práctica, o juego para los estudiantes del séptimo grado en adelante, a menos que se pague dicha prima.

LA PÓLIZA CONTIENE UNA CLÁUSULA DE LIMITACIÓN DE COBERTURA PARA GASTOS USUALES Y DE COSTUMBRE. ESTA LIMITACIÓN PUEDE OCASIONAR GASTOS DIRECTOS ADICIONALES PARA EL ASEGURADO.

## Spring Branch ISD

### Prueba de Seguro

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Id. del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro:  Gobierno (Medicaid, CHIP, STAR, etc.),  Privado,  Escolar solamente,  Ambos

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Número del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre en la póliza: \_\_\_\_\_

Adjuntar una copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro a este formulario.

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Id. del estudiante \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia?

- Sí       No

¿Requiere esta alergia un Epi-Pen?

- Sí       No

Si tu respuesta es sí, debes descargar e imprimir el formulario para que tu médico lo complete y devolverlo a tu entrenador de deportes. [Physician's Statement for Student Held EpiPen](#)

Por favor, indica las alergias

---

¿Padeces asma?

- Sí       No

¿Tu asma requiere de un inhalador?

- Sí       No

Si tu respuesta es sí, debes descargar e imprimir el formulario, para que tu médico lo complete, y devolverlo a tu entrenador de deportes. [Physician's Statement for Student Held Inhaler](#)

Por favor, indica el medicamento usado

---

¿Padeces diabetes?

- Sí       No

¿Eres...

- Tipo 1  
 Tipo 2  
 Sin Diabetes

Si marcas la diabetes tipo 1, debes descargar e imprimir el formulario, para que tu médico lo complete, y devolverlo a tu entrenador de deportes. [Autorización del médico para que el estudiante maneje por sí mismo su diabetes](#)

Por favor, indica el medicamento usado

---

¿Tienes alguna otra condición médica especial?

- Sí       No

Por favor, indica la condición médica especial

---

**¿Tomas o necesitas cualquier otro medicamento de venta con receta en base diaria o para la atención inmediata?**

Sí             No

Por favor, indica el medicamento y la necesidad de su uso.

---

**Nombre del estudiante (Letra de imprenta)** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

---

**Nombre del padre o tutor (Letra de imprenta)** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DE LAS NORMAS

*Atención autoridades escolares:* Este formulario deberá ser firmado tanto por el estudiante como por el padre o tutor y encontrarse archivado en su escuela, antes de que el estudiante pueda participar en alguna sesión de práctica, entrenamiento o competencia. Una copia del historial médico y una forma de examen físico firmada por el médico, o una forma del historial médico, firmada por el padre deberán archivararse también en la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela actual \_\_\_\_\_

### Permiso del padre o tutor

Yo, por este medio, otorgo mi autorización para que el estudiante arriba mencionado compita en los deportes aprobados de la University Interscholastic League [Liga Interescolar Universitaria (UIL)] y para que viaje con el entrenador o con otro representante de la escuela en cualquier viaje.

Además, como una condición de participación y con el propósito de garantizar el cumplimiento con las reglas de la Liga Interescolar Universitaria (UIL), consiento a la divulgación de información de identificación personal, incluyendo información que pueda estar sujeta a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), con respecto al estudiante arriba mencionado entre y dentro de los siguiente: la escuela secundaria o la escuela intermedia donde el estudiante actualmente asiste o ha asistido; cualquier escuela a la que el estudiante se transfiera; el Comité Ejecutivo del Distrito correspondiente y la UIL. Además, entiendo que toda la información pertinente a la elegibilidad de UIL del estudiante y el cumplimiento de otras normas de UIL puede ser discutida y considerada en un foro público. Reconozco que la revocación de este consentimiento debe ser por escrito y entregada a la escuela del estudiante y a la UIL.

Queda entendido que pese a que el atleta porte equipo protector siempre que ello sea necesario, la posibilidad de un accidente prevalece. Ni la Liga Interescolar Universitaria, como tampoco la escuela secundaria, asume responsabilidad alguna en el caso de que ocurra un accidente.

He leído y entendido las reglas de la Liga Interescolar Universitaria (UIL) que aparecen en el reverso de este formulario y estoy de acuerdo en que mi hijo(a) cumpla con todas las reglas de la Liga Interescolar Universitaria.

El abajo firmante acepta ser responsable por el seguro retorno de todo el equipo atlético facilitado por la escuela a nombre del estudiante arriba citado.

Sí, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante arriba citado requiere de inmediata atención y tratamiento a consecuencia de alguna lesión física o enfermedad, yo por este medio solicito, autorizo y consiento con tal atención y tratamiento que pueda ser prestado al mencionado estudiante por algún médico, entrenador, enfermera, hospital o representante escolar y por este medio, consiento en indemnizar y mantener libre de perjuicio a la escuela y a cualquier representante escolar, de cualquier reclamación por cualquier persona, quien fuere, en referencia a dicha atención y tratamiento del mencionado estudiante.

Se me ha proporcionado el Manual de Información para los Padres de la UIL, relacionado con los temas de salud y seguridad, incluyendo las conmociones cerebrales, y mis responsabilidades como padre / tutor. Entiendo que no dar información precisa y verdadera en las formas UIL puede someter al estudiante en cuestión, a penalidades que serían determinadas por la UIL.

El Manual de Información para los Padres de la UIL está localizado en [www.uil.texas.org/files/athletics/manuals/parent-information-manual.pdf](http://www.uil.texas.org/files/athletics/manuals/parent-information-manual.pdf).

Su firma suscrita más abajo, otorga autorización que es necesaria para que el distrito escolar, entrenadores, médicos asociados y personal de seguro del estudiante compartan información relacionada a la diagnosis y tratamiento médico para su estudiante.

Para el padre: Marque alguna actividad en la cual se permita participar a este estudiante.

Béisbol	Fútbol	Softbol	Tenis
Básquetbol	Golf	Natación y clavados	Pista y campo
Campo traviesa	Fútbol asociación	Equipo de Tenis	Vóleibol
Lucha libre			

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

Los entrenadores escolares no pueden:

- Transportar, registrar o instruir a los estudiantes que cursen los grados del 7 al 12, de su zona de asistencia en campos no-escolares de béisbol, básquetbol, fútbol, fútbol asociación, softbol o voleibol (Excepción: Ver la Sección 1209 de la Constitución y Reglas de Competencia).
- Dar alguna instrucción o programar alguna práctica para una persona o un equipo durante el tiempo fuera de temporada, excepto durante el período atlético del día de clases en béisbol, básquetbol, fútbol, fútbol asociación, Softbol o voleibol.
- Las escuelas y los clubes escolares de apoyo no pueden proporcionar fondos, cuotas o transportación para las actividades no escolares.

**NORMAS DE ELEGIBILIDAD GENERAL**

De acuerdo con las normas de UIL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en las actividades interescolares, si ellos:

- no tienen 19 años de edad o son mayores, al 1 de septiembre del año académico actual. (Ver la Sección 446 de las Normas de la Constitución y Concurso para las excepciones).
- no se han graduado de la escuela secundaria.
- están inscritos en el sexto día de clases del año escolar en curso o han estado en la asistencia los quince días naturales precedentes al concurso del equipo universitario.
- son estudiantes de tiempo completo en la escuela secundaria participante que desean representar.
- inscrito inicialmente en el noveno grado hace no más de cuatro años.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar en su primer año de asistencia. (La residencia del padre se aplica a la elegibilidad atlética del primer equipo solamente). Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: el estudiante ha estado en asistencia continua por al menos un año calendario y no se ha inscrito en otra escuela; ningún incentivo se ha dado al estudiante para asistir a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar su pensión completa, cuando no vivan con un familiar; los estudiantes que sean llevados de vuelta al distrito deben pagar sus propios costos de transporte); y no es violación de las políticas escolares locales o de TEA por parte del estudiante que continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas están cubiertos bajo la Residencia de custodia (ver la Sección 442 de la Normas de la Constitución y Concurso).
- han respetado todas las disposiciones de la Regla de premios.
- no han sido reclutados. (No se aplica a la reclutación de un Colegio o Universidad tal como lo permite la ley).
- no han violado alguna disposición del reglamento del campamento de verano. Los estudiantes entrantes de los grados 10-12 no asistirán al campamento de béisbol, básquetbol, fútbol americano, fútbol asociación o voleibol en el cual un entrenador del séptimo al duodécimo grado de su zona de asistencia del distrito escolar, trabaja, instruye, transporta o registra a esos estudiantes en el campamento. Los estudiantes que estarán en los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a un campamento de béisbol, de básquetbol, de fútbol americano, de fútbol asociación o de voleibol, en el cual un entrenador de la zona de asistencia de su distrito escolar es empleado por no más de seis días consecutivos cada verano en cada tipo de campamento de verano. Los campamentos de béisbol, básquetbol, fútbol americano, fútbol asociación o voleibol en donde el personal escolar trabaja con sus propios estudiantes pueden ser llevados a cabo en mayo, después del último día de clases, junio, julio y agosto, antes del segundo lunes de agosto. Si estos campamentos están patrocinados por el personal del distrito escolar, deben ser mantenidos dentro de los límites del distrito escolar y el superintendente o su designado aprobará el calendario de cuotas.
- se han observado todas las disposiciones de la Norma de Atletismo Amateur. Los estudiantes no pueden aceptar dinero u otra retribución valiosa (propiedad o servicio tangible o intangible, que incluya cualquier cosa que sea usable, vendible o consumible) por participar en algún deporte atlético durante cualquier parte del año. Los atletas no recibirán remuneración por permitir que sus nombres sean utilizados para la promoción de cualquier producto, programa o servicio. Los estudiantes que violen inadvertidamente el reglamento amateur por aceptar retribución valiosa, pueden recobrar elegibilidad atlética al devolver la retribución valiosa. Si los individuos devuelven las retribuciones valiosas dentro de los 30 días después de que sean informados de la violación al reglamento, recobrarán su elegibilidad atlética cuando lo devuelvan. Si no la devuelven dentro de los 30 días, permanecerán inelegibles por un año desde que la aceptaron. Durante el periodo de tiempo desde cuando los estudiantes reciban la remuneración hasta que la devuelven, son inelegibles para las competencias atléticas del primer equipo en el deporte en el cual ocurrió la violación. La penalidad mínima por participar en una competencia mientras es inelegible es la pérdida del derecho de la competencia.
- no cambió de escuela por propósitos deportivos.

**Entiendo que no dar información precisa y verdadera en las formas UIL puede someter al estudiante en cuestión, a penalidades que serían determinadas por la UIL.**

Yo he leído los reglamentos arriba citados y estoy de acuerdo en seguir las reglas.

Fecha

Firma del estudiante



## University Interscholastic League

### Convenio de los Padres y los Estudiantes/ Formulario de reconocimiento de uso de esteroides anabólicos y pruebas de esteroides al azar

- La ley de estado de Texas prohíbe la posesión, ofrecimiento, entrega o administración de un esteroide de una manera no permitida por la ley del estado.
- La ley estatal de Texas señala que el fisicoculturismo, aumento de musculatura o el incremento de la masa muscular o fuerza a través del uso de esteroides por una persona que presenta buena salud, no es un propósito médico válido.
- La ley estatal de Texas indica que sólo médicos autorizados pueden recetar esteroides a una persona.
- Cualquier violación de la ley estatal relacionada con esteroides es un delito criminal que se castiga con encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

#### RECONOCIMIENTO Y CONVENIO POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Como requisito previo para participar en las actividades atléticas de UIL, estoy de acuerdo en no usar esteroides anabólicos, tal como está estipulado en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de UIL. He leído este formulario y entiendo que se me puede solicitar una prueba para detectar la presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo y autorizo y estoy de acuerdo en someterme a dicha prueba y a que se analice en un laboratorio certificado. Entiendo y estoy de acuerdo que los resultados de la prueba de esteroides pueden ser proporcionadas a ciertas personas en mi escuela secundaria, tal y como está estipulado en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de UIL, el cual está disponible en el sitio web de UIL, en [www.uilTEXAS.org](http://www.uilTEXAS.org). Entiendo y estoy de acuerdo en que los resultados de las pruebas de esteroides se mantendrán en forma confidencial, en la medida requerida por la ley. Entiendo que no dar información precisa y verdadera podría sujetarme a las penalidades determinadas por la UIL.

Nombre del Estudiante (Letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Grado (9 - 12) \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES

Como un requisito previo para la participación de mi estudiante en las actividades atléticas de UIL, certifico y reconozco que he leído este formulario y entiendo que mi estudiante no puede usar esteroides anabólicos y que se le puede solicitar una prueba para detectar la presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) se someta a dicha prueba y análisis por medio de un laboratorio certificado. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que los resultados de la prueba de esteroides pueden ser proporcionados a ciertas personas en la escuela secundaria de mi estudiante, tal y como esta estipulado en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de UIL, el cual está disponible en el sitio web de UIL, en [www.uilTEXAS.org](http://www.uilTEXAS.org). Entiendo y estoy de acuerdo en que los resultados de las pruebas de esteroides se mantendrán en forma confidencial, en la medida requerida por la ley. Entiendo que no dar información precisa y verdadera podría sujetar a mi estudiante a las penalidades que determine la UIL.

Nombre (Letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Estudiante: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**Definición de conmoción cerebral:** se refiere a un proceso psicológico/patológico complejo que afecta al cerebro, causado por una fuerza física traumática o un impacto a la cabeza o al cuerpo, el cual puede: (A) incluir función cerebral alterada temporal o prolongada que da como resultado síntomas físicos, cognitivos o emocionales o patrones de sueño alterados; y (B) implican la pérdida de la conciencia.

**Prevención** –Enseñar y practicar un juego seguro y una técnica apropiada.

- Seguir las reglas del juego.
- Asegurarse que el equipo protector sea usado tanto en las prácticas como en los juegos.
- El equipo protector debe de ser del tamaño indicado y debe ser inspeccionado regularmente.

**Signos y síntomas de conmoción** –Los signos y síntomas de una conmoción incluyen pero no se limitan a: Dolor de cabeza, parece estar aturdido o atontado, zumbido de oídos, fatiga, habla mal articulada, náuseas o vómito, mareo, pérdida del equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz o al ruido, sentirse confuso o aturdido, pérdida de la memoria o confusión.

**Supervisión** –Cada distrito deberá designar y aprobar un Equipo de Supervisión de Conmoción (COT, por sus siglas en inglés). El COT debe incluir por lo menos a un doctor y a un preparador físico si uno de ellos es empleado del distrito escolar. Otros miembros pueden incluir: Enfermera de prácticas avanzadas, neuropsicología o un asistente de preparador físico. El COT está encargado de desarrollar el protocolo de “Regreso al juego” basado en la evidencia científica revisada por colegas.

**Tratamiento de la conmoción** –El estudiante-atleta deberá ser retirado de la práctica o de la competencia inmediatamente si hay sospechas de que sufrió una conmoción. Todo estudiante-atleta que se sospeche que tenga una conmoción deberá ser revisado por un médico antes de regresar a la participación atlética. El tratamiento para una conmoción es reposo cognitivo. Los estudiantes deberán evitar estímulos externos como por ejemplo ver televisión, jugar video juegos, enviar mensajes de texto, usar la computadora y luces brillantes. Cuando todos los síntomas de una conmoción hayan desaparecido y el estudiante haya recibido el alta médica por escrito, el estudiante-atleta puede iniciar el protocolo de Regreso al Juego del distrito, tal como lo determine el Equipo de Supervisión de Conmoción.

**Regreso al Juego** - De acuerdo al Código de Educación de Texas, Sección 38.157:

Un estudiante que sea retirado de una práctica atlética interescolar o competición bajo la Sección 38.156, no le será permitido practicar o competir de nueva cuenta cuando se tenga la sospecha que exista una conmoción por fuerza o impacto hasta que:

- (1) el estudiante haya sido evaluado, utilizando protocolos médicos establecidos basados en evidencia científica analizada del individuo por un médico certificado elegido por el estudiante, sus padres, tutor, o cualquiera otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas para el estudiante.
- (2) el estudiante haya completado satisfactoriamente todos y cada uno de los requisitos del protocolo para que el estudiante regrese al juego, de acuerdo con la sección 38.153 de regreso al juego;
- (3) el médico tratante ha presentado una declaración escrita indicando que, a juicio profesional del médico, es seguro para el estudiante que regrese a jugar; y
- (4) el estudiante y sus padres, tutor o cualquier otra persona con autoridad legal para tomar decisiones por el estudiante:
  - (A) hayan reconocido que el estudiante completó satisfactoriamente los requisitos del protocolo de regreso al juego necesarios para que el estudiante pueda regresar a jugar.
  - (B) hayan otorgado al médico una declaración por escrito de acuerdo con la subdivisión (3), a la persona responsable del cumplimiento del protocolo de regreso al juego de acuerdo con la subsección (c) y a la persona que tiene responsabilidades de supervisión de acuerdo con la subsección (c); y
  - (C) hayan firmado una forma de consentimiento indicando que la persona que firma:
    - (i) ha sido informada y consultada y consiente que el estudiante participante regrese a jugar bajo el protocolo de regreso al juego;
    - (ii) comprende los riesgos asociados con el regreso del estudiante a jugar y cumplirá con todos los requisitos en curso en el protocolo de regreso al juego;

- (ii) consiente divulgar a las persona apropiadas, consistentes con la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Pub. L.No. 104-191), de la declaración escrita del médico encargado, según la Subdivisión (3) y si las hay, las recomendaciones del médico encargado, para regresar a jugar; y
- (iv) entiende las disposiciones de inmunidad de acuerdo con la Sección 38.159.

---

*Firma del Padre o Tutor*

---

*Fecha*

---

*Firma del Estudiante*

---

*Fecha*



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO

Revisado en febrero de 2015

Nombre del Estudiante:

### ¿Qué es un paro cardíaco súbito?

- Ocorre de repente y a menudo, sin previo aviso.
- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) latan peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular) y altera la capacidad de bombeo del corazón.
- El corazón no puede bombear la sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte se produce en cuestión de minutos si no se trata inmediatamente.

### ¿Qué causa un paro cardíaco súbito?

- **Condiciones presentes en el nacimiento**
  - **Condiciones hereditarias (transmitida de padres / parientes) del músculo del corazón:**
    - ◆ **Miocardopatía hipertrófica** – hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de paro cardíaco repentino en los atletas en los EE.UU.
    - ◆ **Miocardopatía arritmogénica del ventrículo derecho**– sustitución de parte del ventrículo derecho por la grasa y la 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 los brazos muy largos y articulaciones inusualmente flexibles.
  - **Condiciones hereditarias del sistema eléctrico:**
    - ◆ **Síndrome del QT largo** - anomalía en los canales iónicos (sistema eléctrico) del corazón.
    - ◆ **Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y el síndrome de Brugada** – otros tipos de anomalías eléctricas que son raros, pero vienen de familia.
  - **Condiciones no hereditarias (no pasadas de la familia, pero aún presentes en el nacimiento):**
    - ◆ **Anomalías de las arterias coronarias** - anomalía de los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo del corazón. La segunda causa más común de paro cardíaco repentino en los atletas en los EE.UU.
    - ◆ **Anomalías de la válvula aórtica** – insuficiencia de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) para desarrollarse correctamente; por lo general provoca un soplo en el corazón.
    - ◆ **Miocardopatía no compactada** - una condición en la que el músculo del corazón no se desarrolla normalmente.
    - ◆ **Síndrome de Wolff-Parkinson-White** – una fibra conductora adicional está presente en el sistema eléctrico del corazón y puede aumentar el riesgo de arritmias.
- **Condiciones no presentes en el nacimiento, pero adquiridas más tarde en la vida:**
  - ◆ **Conmoción cardíaca** – conmoción del corazón que puede ocurrir de ser golpeado en el pecho por una pelota, un disco o un puño.
  - ◆ **Miocarditis** – infección o inflamación del corazón, generalmente causada por un virus.
  - ◆ **Consumo de drogas con fines de recreación o para mejorar el rendimiento.**
- **Idiopáticas:** A veces se desconoce la causa subyacente del paro cardíaco súbito, incluso después de la autopsia.



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO

Revisado en febrero de 2015

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

- Desmayo / desvanecimiento (especialmente durante el ejercicio)
  - Mareo
  - Cansancio o debilidad inusual
  - Pecho
  - Insuficiencia respiratoria
  - Náuseas / vómito
  - Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o con latidos intermitentes)
  - Antecedentes familiares de paro cardíaco repentino a una edad menor de los 50 años
- CUALQUIERA de estos síntomas / signos de advertencia que se producen durante el ejercicio pueden requerir una evaluación adicional de su médico antes de volver a la práctica o a un partido.**

### ¿Cuál es el tratamiento para el paro cardíaco súbito?

- El tiempo es crítico y una respuesta inmediata es vital.
- **LLAME AL 911**
- **Inicie la CPR (resucitación cardiopulmonar)**
- **Utilice un desfibrilador externo automático (AED)**

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

- La American Heart Association recomienda una historia de pre-participación y un examen físico, que incluya 14 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de Evaluación Física - Historial Médico de la UIL, previo a la participación, incluye todos estos 14 elementos cardíacos importantes y es obligatorio anualmente.**
- Un examen adicional mediante un electrocardiograma y / o un ecocardiograma, está disponible para todos los atletas, pero no es obligatorio.

### ¿Dónde se puede encontrar información adicional sobre el examen?

- La sección Cardíaca en el sitio web de UIL Health and Safety ([uiltonexas.org](http://uiltonexas.org)).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor (Letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (Letra de imprenta)