



EDMONDS SCHOOL DISTRICT

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036-7400
425-431-7153 FAX 425-431-7323

Patrick Murphy
Asistente del Superintendente

Julie Stroncek
Director de Deportes

Includes Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace and Woodway

Estudiantes atletas, Padre(s)/Tutor(es):

Bienvenidos al programa de atletismo inter-escolar del Distrito Escolar de Edmonds. Esperamos contar con su participación y que nuestros programas sean positivos y saludables para todos los participantes a cualquier nivel.

Participación en el atletismo es un privilegio. Los estudiantes atletas deben de estar de acuerdo en mantener un alto estándar de ética y comportamiento al participar en nuestros programas. La firma de cada estudiante atleta en nuestro código de elegibilidad indica su acuerdo a mantener ese estándar. Tomamos cada firma individual como un compromiso serio de ser honorable y ético en todo momento cuando representan a nuestras escuelas. Igualmente, tomamos cada firma de padre/tutor como una indicación de apoyo y disposición a trabajar con nosotros y su estudiante, para continuar el esfuerzo de mantener estudiantes atletas en un alto estándar.

En el evento que haya una preocupación durante la temporada, les recomiendo que primero empiecen una comunicación respetable con el entrenador. Aunque estas conversaciones son difíciles, es importante que el entrenador tenga la oportunidad de dar una respuesta directa. Si, después de eso, la preocupación continúa, el próximo paso es contactar al coordinador deportivo en su edificio.

Las preocupaciones inmediatas sobre salud, seguridad, o el bienestar de individuos en el programa deberán ser reportados al coordinador deportivo de su edificio y a mi oficina directamente. Tiene también la opción de reportar preocupaciones serias llamando a la Línea Anónima para Escuelas Seguras al 425-431-7010

Además de las opciones antes mencionadas, puede enviar al coordinador deportivo de su edificio, en cualquier momento durante la temporada, un cuestionario para comentarios aprobado por la Mesa Directiva del Distrito Escolar de Edmonds. El cuestionario está disponible en: <http://www.edmonds.wednet.edu/athleticssurvey>.

Espero que disfrute su participación en nuestros programas inter-escolares. Esta oportunidad de poner a prueba las habilidades físicas/mentales y las habilidades de uno contra otros pueden dar experiencias estimulantes, memorias positivas y muchas lecciones para toda la vida. Cuando estos programas son manejados con habilidad y apropiadamente, estos programas son positivos, saludables y seguros. Esto es por lo que nos esforzamos y lo que esperamos usted reciba del programa. Gracias de antemano por su participación, apoyo y comentarios.

Atentamente,

Julie Stroncek,
Director of Deportes
Distrito Escolar de Edmonds

• NUESTRA MISIÓN •

ABOGAR por todos nuestros estudiantes PROVEYENDO un ambiente de aprendizaje que DE PODER a los estudiantes, empleados y la comunidad para MAXIMIZAR su potencial personal, creativo y académico y así CONVERTIRSE en personas que aprenden toda la vida y ciudadanos del mundo responsables

AD-1HS
Actualizado 2/10/2012

COSTOS DE PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Todos los participantes deben pagarlos antes de que se les permita participar en una competencia

Costo de High School: \$100 Costo Olimpiadas Especiales: \$25

BOLETÍN DE INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ATLETISMO

El Boletín de Información de Elegibilidad para Atletismo tiene como meta clarificar las reglas básicas y regulaciones que gobiernan su participación en los deportes del Distrito Escolar de Edmonds.

DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES

Los estudiantes que participan en el Programa de Atletismo Inter-escolar son gobernados por los derechos, protecciones y responsabilidades como lo indica la Asociación de Actividades Inter-escolares de Washington, el Distrito Escolar de Edmonds y la Liga Atlética de la Conferencia Oeste.

Los estudiantes y/o sus padre(s)/tutor(es) pueden hacer la solicitud para pedir una excepción a estas regulaciones y pueden apelar cualquier decisión en relación a dichas peticiones a través del director de su escuela.

RESPONSABILIDADES DE LOS ESTUDIANTES

Se requiere que los participantes obedezcan las regulaciones de su escuela, del Distrito Escolar de Edmonds, de la Conferencia del Oeste y la WIAA (por sus siglas en inglés); y comportarse de manera segura y deportiva. Los que violen las reglas serán sujetos a disciplina, suspensión o expulsión.

ANTES DE SER ELEGIBLE EL ESTUDIANTE DEBE:

EDAD

- Tener menos de veinte (20) años de edad el 1° de septiembre para la temporada de otoño, el 1° de diciembre para la temporada de invierno, y el 1° de marzo para la temporada de primavera.

PRE-PARTICIPACIÓN

- Haber asistido regularmente a la escuela como estudiante de tiempo completo durante el semestre/trimestre inmediatamente previo a la temporada de competencias. Un estudiante de tiempo completo es aquél que está inscrito con un mínimo de cinco clases con clases adicionales como sea necesario para completar no menos de 2.5 créditos por semestre, 1.66 créditos por trimestre o su equivalente. El estudiante que no logre cumplir con este requisito no será elegible para practicar o competir hasta que el semestre/trimestre entero haya sido completado.

ACADÉMICO

- Registrarse, asistir y aprobar un mínimo de cinco clases, con suficientes clases adicionales para tener un equivalente de 2.5 créditos por semestre/1.66 por trimestre o el equivalente durante la temporada de competencias.
- Si está tomando más de cinco materias durante la temporada de competencias y el semestre/trimestre anterior, el estudiante no podrá recibir menos de una calificación satisfactoria para pasar en más de una clase.
- Para propósitos de determinar la elegibilidad académica, el semestre, trimestre o el reporte de progreso administrado más reciente por la escuela, será la que determine la calificación. Al final del semestre/trimestre la calificación final del mismo será usada.
- Al entrar al noveno año, la elegibilidad académica del estudiante inicial será determinada usando los reportes del semestre/trimestre anterior.

RESIDENCIA

Vivir en el Distrito Escolar de Edmonds y el área de servicio de competencias de la escuela. El estudiante debe vivir con su(s) padre(s) natural(es), padre/madre con custodia legal, o tutor designado por los tribunales quien haya estado actuando en dicha capacidad por un período de un año. **Estudiantes que no cumplan con la regla de residencia deberán ser elegibles para jugar sólo en el nivel del equipo junior.** Después de un año de asistencia el estudiante atleta será elegible para jugar en el nivel de preparatoria.

TRANSFERENCIAS

Estudiantes que actualmente están en los años 9-12 que se transfieran a otra escuela, deben participar en el sub-nivel del equipo de preparatoria por un año calendario en el deporte(s) jugado en la preparatoria anterior. Esta regla no aplica a los estudiantes que apenas entran al 9° año, excepto aquellos que se transfirieron de su escuela correspondiente por vecindario sin un cambio de dirección correspondiente.

EXAMEN FÍSICO

Haber pasado un examen físico de parte de una autoridad médica con licencia para realizar un examen físico (forma adjunta). El examen médico será válido por 24 meses.

ADICIONAL

- Completar y tener en el expediente las siguientes formas: **Permiso de Padres de Familia, Reporte de Examen Físico del Atleta, y el Contrato de Actividades Extra-curriculares.**
- Presentarse por lo menos el mínimo requerido antes de participar en la primera competencia:
 - Futbol americano: 12 días (8 días para un jamboree)
 - Lucha: 12 días (8 días para un jamboree)
 - Todos los otros deportes: 10 días (8 días para un jamboree)
- Comenzando con el cuarto (4º) día consecutivo del calendario, excepto domingo, sin práctica, el número total de días perdidos serán restados del número de días previamente practicados para determinar el cumplimiento de los requisitos de la pre-competencia.
- Compra de una tarjeta ASB y pagar cualquier multa vencida.
- Completar cualquier otro requisito requerido por su escuela o por el/la entrenador.

PARA PERMANECER ELEGIBLE EL ESTUDIANTE DEBE:

- Mantener los requisitos académicos listados arriba.
- Presentar a los oficiales de la escuela una forma de autorización de tratamiento médico antes de continuar con su participación después de haber sufrido una herida o enfermedad suficientemente seria que requiera cuidado médico.
- Asistir a la escuela por todo el día de clases calendarizadas para poder asistir o jugar en un deporte ese día.

LIMITACIÓN DE TEMPORADA

Después de haber comenzado el séptimo año en la escuela, el estudiante le será permitido participar en competencias sólo en seis (6) años de competencias inter-escolares. El/ella tendrán sólo dos años de elegibilidad en el séptimo y octavo grados. Si se repiten los años séptimo u octavo, el estudiante será elegible sólo durante dos años. Después de entrar al noveno año, el estudiante deberá tener cuatro (4) años consecutivos de elegibilidad inter-escolar.

Para el propósito de esta regla, consecutivo significará empezar en una fecha designada (entrada al noveno grado) y continuando sin retraso, ni interrupción por cuatro (4) años. Elegibilidad inter-escolar se refiere a ser elegible para un año académico y no para cada temporada deportiva individual.

El repetir cualquier año, noveno a doceavo, ya sea que un estudiante participe o no, contará para los cuatro (4) años consecutivos de elegibilidad inter-escolar en la preparatoria.

RESPONSABILIDAD ATLÉTICA

Los participantes y sus padres de familia o guardianes deberán estar consientes de que la participación en atletismo inter-escolar puede resultar en heridas accidentales las cuales, en algunas ocasiones, pueden ser de naturaleza seria.

PROGRAMA NO PATROCINADO POR LA ESCUELA

El Distrito Escolar de Edmonds no es responsable por programas no patrocinados por las escuelas, o programas organizados, promovidos o donde participen los empleados. La decisión de participar en dichos programas es la responsabilidad del estudiante y su padres de familia o guardianes.

SEGURO

El Distrito Escolar de Edmonds **requiere** que su atleta tenga cobertura con un plan de seguro médico adecuado. El plan de seguro de su familia puede cubrir la participación atlética. Favor de estar cierto de esta cobertura. Seguro para atletas está disponible para comprar a través de su escuela en conjunto con el programa de seguros contra accidentes de estudiantes y usted puede obtener información en la oficina central de cualquiera de las escuela secundarias o preparatorias.

POSICIÓN DE AMATEUR

Un estudiante que representa una escuela en un deporte inter-escolar, debe ser un amateur/novato en ese deporte. Un estudiante atleta novato es aquel que participa en atletismo por beneficios físico, mental, social y educacional los cuales derivan de éste, y al cual el atletismo es una vocación y no una fuente de recompensa financiera. Para mantener una posición de novato en esos deportes bajo la jurisdicción del WIAA, el estudiante no puede:

- Aceptar mercancía o regalos con valor de mas de \$500 comparado al valor regular en el mercado durante un año de calendario del 1º de septiembre a agosto 31. Cobros reducidos de membresía o de usuario en un club atlético, centro recreacional, campo de golf, etc., debe estar bajo el límite de \$500.
- Aceptar recompensas de dinero en efectivo
- Entrar a competencias usando un nombre falso
- Aceptar pago de compensaciones por gastos sobre los gastos actuales y necesarios para que un atleta pueda viajar (Nota: pagos para las entradas NO son considerados gastos reembolsables)
- Firmar o haber firmado un contrato para jugar atletismo profesional (ya sea por consideración monetaria o no); jugar o haber jugado en cualquier equipo profesional en ese deporte; recibir o haber recibido directa o indirectamente un salario o cualquier otra forma de asistencia financiera (incluyendo becas, becas educacionales de ayuda, o cualquiera de sus gastos por reportar a o visitar a un equipo profesional) de una organización de deportes profesional.
- **Participación del estudiante:** El estudiante atleta puede jugar como novato en cualquier equipo de verano que no esté bajo la jurisdicción de un equipo profesional o franquicia.
- **Estudiante como Instructor, Supervisor u Oficial:** Siendo un instructor, supervisor u oficial pagado o no pagado en cualquier programa de deportes juveniles, de recreación, juegos o actividades de campamento no pondrán en riesgo el rango de novato.
- **Apelación de Estatus:** Un estudiante que haya perdido su estatus puede solicitar al Director Ejecutivo para que se reincorpore al programa inter-escolar después de una espera de un (1) año year.



DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS #15

20420 – 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036 – 7400

Hoja de Información de Conmociones Cerebrales

Una conmoción cerebral es una herida en el cerebro y todas las heridas cerebrales son serias. Son causadas por un golpe, puñetazo, sacudida en la cabeza, o cualquier parte del cuerpo con fuerza que se transmite a la cabeza. Estas pueden ser desde muy leve hasta muy fuertes y pueden interrumpir la manera que el cerebro opera normalmente. Aunque la mayoría de las conmociones son ligeras, **todas las conmociones son potencialmente serias y pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado y muerte si no es reconocido y manejado apropiadamente.** En otras palabras, aún un pequeño golpe en la cabeza puede ser serio. Una conmoción cerebral no se puede ver y en la mayoría de los deportes las conmociones ocurren sin perderse la conciencia. Síntomas y señales de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de que la herida ocurrió o pueden pasar horas y hasta días para que aparezcan por completo. Si su hijo/a reporta síntomas de una conmoción o si usted nota síntomas o señales de una conmoción cerebral, busque atención médica inmediatamente.

Síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolores de cabeza• “Presión en la cabeza”• Náusea o vómito• Dolor de cuello• Problemas de balance o mareos• Visión nublada, borrosa o doble• Sensibilidad a la luz o al ruido• Sentirse con flojera o lento• Sentirse atontado o la memoria nublada• Somnolencia• Cambio en patrones de dormir | <ul style="list-style-type: none">• Amnesia• “No sentirse bien”• Fatiga o con baja energía• Tristeza• Nervios o ansiedad• Irritabilidad• Más emocional• Confusión• Problemas de concentración o de memoria (olvidar jugadas)• Repetir la misma pregunta/comentario |
|--|---|

Señales observadas por compañeros, padres de familia y entrenadores incluyen:

- Parece aturdido
- Sin expresión facial
- Confuso con las tareas
- Olvida las jugadas
- No está seguro del juego, marcador u oponente
- Se mueve torpemente o con falta de coordinación
- Responde a preguntas lentamente
- Dificultad para hablar
- Muestra cambios de actitud o de personalidad
- No recuerda eventos anteriores al golpe
- No recuerda eventos después del golpe
- Ataques o convulsiones
- Cualquier cambio en el comportamiento típico o de personalidad
- Pierde la conciencia



DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS #15

20420 – 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036 – 7400

Hoja de Información de Conmociones Cerebrales

¿Qué puede pasar si mi hija/o sigue jugando cuando una conmoción cerebral ocurre o regresa muy pronto a jugar?

Los atletas con señales y síntomas de conmoción cerebral deberán dejar de jugar inmediatamente. El continuar jugando cuando se tienen señales y síntomas de conmoción cerebral deja a los jóvenes atletas especialmente vulnerables a heridas mayores. Hay un riesgo mayor de que haya daño significativo si se deja una conmoción después de un periodo de tiempo, sobre todo si el atleta sufre otra conmoción antes de recuperarse de la primera. Esto puede provocar una recuperación más larga, o incluso la inflamación cerebral grave (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras y hasta fatales. Es muy sabido que el adolescente o adolescente atleta usualmente no reporta los síntomas o las heridas. Con las conmociones cerebrales no hay diferencia. Por lo tanto, los administradores de la educación, los entrenadores, padres de familia y estudiantes son clave en la seguridad del estudiante atleta.

Si usted cree que su hija/o ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta, si se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral, deberá de parar de jugar o de practicar inmediatamente. Ningún atleta podrá regresar a la actividad después de haber sufrido aparentemente una herida en la cabeza o conmoción, sin importar cuan ligera parezca o cuan rápido los síntomas se aclaren, sin haber recibido autorización médica. Observación cercana del atleta continuará por varias horas. La nueva ley “Zackery Lystedt Law” en Washington, requiere la implementación consistente y uniformada de reglas sobre conmociones cerebrales bien establecidas para poder regresar a jugar, que han sido recomendadas por años:

“un joven atleta que se sospecha haya sufrido una conmoción o herida en la cabeza durante una práctica, o juego, debe ser sacado de la competencia en ese momento”

y

“...no podrá regresar a jugar hasta que el atleta haya sido evaluado por un proveedor de salud con licencia para operar con capacitación en la evaluación y manejo de conmociones cerebrales y reciba una carta de autorización para poder regresar a jugar por parte de ese proveedor de salud”.

Debe también de informar al entrenador si usted cree que su hija/o tiene una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor que pierda un juego a que pierda toda la temporada. Y cuando en duda, el atleta se queda en la banca.

PROTOCOLO PARA REGRESAR A PARTICIPAR

Si su hijo ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral DEBE seguir un protocolo de participación de regreso (bajo la supervisión de un proveedor de salud aprobado) antes de que su participación completa sea autorizada.

El protocolo para regresar a jugar puede no comenzar hasta que el participante ya no muestre señales o síntomas de la conmoción cerebral. Una vez que está libre de los síntomas, el atleta puede comenzar un regreso progresivo para jugar.

El progreso comienza con ejercicio aeróbico ligero sólo para incrementar el ritmo cardiaco (5-10 minutos de trote ligero o ejercicio de bicicleta) y progresa cada día siempre y cuando el estudiante siga sin síntomas. Si en algún momento los síntomas regresan, el atleta dejará de participar.



Paro Cardíaco Súbito

Hoja de Información para

Estudiantes atletas, Entrenadores y Padres de Familia/Tutores

SSB 5083 ~ SCA Ley de Concientización



¿Qué es un paro cardíaco súbito? Paro Cardíaco Súbito (SCA por sus siglas en inglés) es la aparición repentina de un ritmo cardíaco anormal y letal, haciendo que el corazón deje de latir y el individuo colapse y es la causa principal de muerte en los EE.UU. afectando a más de 300.000 personas por año.

SCA es también la principal causa de muerte súbita en atletas jóvenes durante las prácticas deportivas

¿Qué causa el paro cardíaco súbito? En los atletas jóvenes, es generalmente causado por un trastorno estructural o eléctrico del corazón. Muchas de estas condiciones son heredadas (genéticos) y pueden desarrollarse en adolescentes o jóvenes. SCA es más probable que suceda durante el ejercicio o la actividad física, poniendo a estudiantes-atletas con condiciones cardíacas no diagnosticadas en mayor riesgo. SCA también puede ocurrir por un golpe directo en el pecho por un proyectil (pelota de béisbol, softball, lacrosse, o disco de hockey) o por contacto en el pecho de otro jugador (llamado "commotio cordis").

Mientras que una enfermedad del corazón puede no presentar signos de advertencia, algunos atletas jóvenes pueden tener síntomas pero se olvidan de decirle a un adulto. Si alguno de los siguientes síntomas están presentes, se recomienda una evaluación cardíaca por un médico:

- Desmayarse durante el ejercicio
- Dolor en el pecho con el ejercicio
- Dificultad excesiva para respirar con el ejercicio
- Palpitaciones (corazón acelerado por ninguna razón)
- Convulsiones inexplicables
- Un miembro de la familia con enfermedad cardíaca a temprana edad o muerte súbita de una enfermedad del corazón antes de los 40

¿Cómo prevenir y tratar paro cardíaco súbito? Algunas condiciones cardíacas en riesgo de SCA pueden ser detectadas mediante una evaluación exhaustiva del corazón. Sin embargo, todas las escuelas y los equipos deben estar preparados para responder a una emergencia cardíaca. Los atletas jóvenes que sufren SCA se colapsan y no responden, y puede parecer que tienen breve actividad convulsiva o respiración anormal (jadeo). SCA se puede tratar con eficacia por el reconocimiento inmediato, RCP inmediato, y el acceso rápido a un desfibrilador (AED). Estos son dispositivos seguros y portátiles que leen y analizan el ritmo cardíaco y proporcionan una descarga eléctrica (si es necesario) para restaurar el ritmo normal del corazón.

¡Recuerde que para salvar una vida: reconozca SCA, llame 9-1-1, comience RCP, y use un AED tan pronto como sea posible!



Simulacro Cardíaco en 3 min.

1. RECONOZCA

Paro Cardíaco Súbito

- Colapsado y no responde
- Respiración anormal
- Actividad tipo convulsiva

2. LLAME AL 9-1-1

- Pida ayuda y un desfibrilador

3. RCP

- Compresiones del pecho
- Empuje con fuerza y rapidez (100 por minuto)

4. DESFIBRILADOR (AED)

- Tan pronto como sea posible

5. CONTINÚE EL CUIDADO

- Continúe CPR y AED hasta que llegue EMS



**¡Esté preparado!
¡Cada segundo cuenta!**

Actualizado 7/2013

Nombre del atleta: _____ Grado: _____ Género: _____
 Béisbol Basquetbol Porra Acampotravesa Baile/Demostración Fast Pitch Futbol americano
 Golf Futbol Olimpiadas Especiales Natación Tenis Carreras Futbol en primavera
 Voleibol Lucha Otro _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA
DEBER SER LLENADO POR PADRE/MADRE DE FAMILIA O GUARDIAN ASIGNADO POR LOS TRIBUNALES

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: (____) _____
Por reglas de WIAA, se debe presentar prueba de la orden del tribunal asignando al tutor. Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

He vivido en esta dirección desde (indique mes y año): _____

Contacto alternativo en caso de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la última vacuna de Tétanos: _____

Problemas crónicos (Asma, Soplo en el corazón, Diabetes, etc.): _____ ¿Amenaza a la vida? S/N _____

Alergias (Medicamentos, Piquetes de Abejas, etc.): _____ ¿Necesita Epi Pen? S/N _____

**** Se requiere seguro. Seguro de accidentes para estudiantes a bajo costo está disponible en su escuela. Llame a la oficina principal para más**

información ** Compañía de Seguros: _____ Número de Plan (Debe Estar Listado): _____

Doctor Familiar y Clínica: _____ Teléfono: (____) _____

Doy autorización para cualquier cuidado médico o de cirugía incluyendo anestesia, laboratorio, rayos X y otros procedimientos necesarios en caso de cuidados de emergencia médica para el menor mencionado arriba durante el periodo de su temporada de deportes. Además, he leído y entendido el Boletín de Información de Elegibilidad de Atletismo. Nota: Si no recibió un boletín, favor de contactar a la Oficina de Atletismo.

Firma del padre//madre/tutor: _____

Fecha _____

ELEGIBILIDAD

DEBE SER LLEANDO Y FIRMADO POR ESTUDIANTE/PADRE DE FAMILIA/TUTOR ASIGNADO POR TRIBUNALES

1. ¿Vive dentro del área de servicio de su escuela del Distrito Escolar de Edmonds? Sí _____ No _____
 2. ¿Vive con sus padre(s) natural(es))? Sí _____ No _____
 3. ¿Vive con su tutor? Sí _____ No _____
 Por reglas de WIAA, se debe presentar prueba de la orden del tribunal asignando al tutor.
 4. Estudiantes de preparatoria solamente: ¿Es esta la preparatoria a la que te inscribiste? Sí _____ No _____
 4. ¿Aprobaste por lo menos cinco clases de tiempo completo en semestres o trimestres y no reprobaste más de una clase durante el período del año anterior? Sí _____ No _____
 5. ¿Estás inscrito en por lo menos cinco clases de tiempo completo en semestres o trimestres? Sí _____ No _____
 6. ¿Estuviste inscrito en por lo menos cinco clases de tiempo completo en el semestre/trimestre anterior? Sí _____ No _____
Aviso a Estudiantes-Aletas: Si bajas de tu estatus de tiempo completo, inmediatamente serás declarado sin elegibilidad. Si bajas de tu estatus de tiempo completo durante el semestre/trimestre antes de tu próxima temporada, perderás la oportunidad de participar la próxima temporada.
 7. Estudiantes de preparatoria solamente: ¿Estás en Running Start, eres estudiante de enseñanza en casa o de escuela alternativa? Sí _____ No _____
 8. Noveno año solamente: ¿A qué secundaria o escuela K-8 asististe? _____
 9. Fecha/Año inscrito en 9º año _____
 11. ¿Repetiste el 7º u 8º año? Sí _____ No _____
- He leído, entendido y estoy de acuerdo en seguir las reglas incluidas en el paquete de Formas de Atletismo anual (AD-2). Certifico que toda la información arriba mencionada es exacta.

Firma Padre/Madre o Tutor _____

Fecha _____

Firma del Estudiante _____

Fecha _____

Pago del costo de participación

\$100 (HS) _____ \$25 (SP Sólo) _____

APROBACIÓN A SER LLENADA POR LA OFICINA DE ATLETISMO

Página 7 of 17

Formulario de Permiso de los Padres: _____ Fecha del Físico: _____ Tarjeta ASB: _____ Fecha de Compra de Seguros (sin ninguna exención): _____ Multas : _____

Buenas calificaciones: _____ Otro: _____ Firma de autorización: _____ Fecha: _____

TRANSPORTE EN VEHÍCULO PRIVADO DE Y HACIA ACTIVIDADES DEL DISTRITO

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA ANTES DE QUE A UN ESTUDIANTE SE LE PERMITA VIAJAR EN UN VEHICULO PRIVADO DE Y HACIA ACTIVIDADES DE ATLETISMO DEL DISTRITO O ACTIVIDADES EXTRA-CURRICULARES. Si ocurre algún cambio, es la responsabilidad del estudiante y del padre/madre de familia contactar a la escuela.

Lugar de eventos: Vea el horario específico del deporte en www.WescoAthletics.com

Fechas: De acuerdo al horario específico del deporte en www.WescoAthletics.com

Doy permiso a _____(Nombre del Estudiante) para viajar a y desde la actividad descrita arriba en vehículo privado.

Entiendo que cuando un vehículo privado es usado para transportar estudiantes a y desde actividades patrocinadas por el Distrito, el chofer del vehículo privado o el dueño registrado es responsable de tener seguro de vehículo con límites de seguridad no menos del mínimo requerido por el estado de Washington, mantener el vehículo en condición segura y funcionando, dentro de las reglas marcadas por el estado de Washington.

Entiendo que cuando un vehículo privado es usado para transportar estudiantes a y desde actividades patrocinadas por el Distrito, el dueño del seguro del vehículo privado provee el seguro básico de protección en caso de accidentes.

Estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Edmonds, sus oficiales electos y asignados, empleados, agentes y personal de cualquiera o todas las demandas o pérdidas directamente atribuidas al uso de transporte privado aquí descritas, excepto por la negligencia del Distrito Escolar de Edmonds.

Estoy de acuerdo en dar o ayudar con transporte a competencias dentro del distrito, a practicas fuera de las instalaciones, a aquellas competencias listadas como "drop bus" y cualquier transporte cuyas fechas no tienen listado un autobus en el calendario en línea. Favor de notar que los entrenadores no arreglarán otras formas de transporte. He leído y entendido la información de arriba.

Soy estudiante en _____(escuela) y he leído y entendido la información de arriba.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del padre de familia/tutor Fecha Número de teléfono

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Esta forma de ser archivada en la escuela del estudiante

PERMISO DE PADRES PARA PREPARATORIA Y SECUNDARIA

(VÁLIDO SOLAMENTE PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL)

Nombre del Atleta: _____ Grado: _____
 Nombre del Padre de familia/Tutor: _____ Teléfono: (____) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Lugar de nacimiento: _____

ELIGIBILIDAD**A SER LLENADO POR PADRES DE FAMILIA O TUTOR**

He leído el *Boletín de Información de Elegibilidad* y declare que mi hijo o hija cumple con los siguientes requisitos (marque los espacio apropiados):

1. **Edad:** Sí _____ No _____

Cumple con la edad requerida para el nivel escolar.

2. **Residencia:** Sí _____ No _____

Vive en el Distrito Escolar de Edmonds y el área de servicio de la escuela. Nota: El estudiante debe vivir con su(s) padre(s) natural(es), padre/madre con custodia legal, o con el guardián asignado por los tribunales (ver el Boletín de Elegibilidad). Cualquier excepción a esta regla debe ser previamente aprobada a través del Distrito Escolar. Estudiantes de primer año que no residen en el área y los que transfieren de otras preparatorias del Distrito Escolar de Edmonds son elegibles para el nivel del equipo junior de la preparatoria solamente.

3. **Académico:** Sí _____ No _____

El estudiante cumple con los requisitos académicos del Distrito Escolar de Edmonds.

4. **Amateur:** Sí _____ No _____

El estudiante es un amateur en regla.

5. **Examen Físico:** Sí _____ No _____

Permiso médico escrito de un médico autorizado está archivado en la escuela.

PERMISO MÉDICO

En caso de una emergencia que involucre a mi hijo/a, el entrenador o cualquier otro oficial apropiado del Distrito Escolar de Edmonds está autorizado a tomar todos los pasos necesarios incluyendo, sin limite, lo siguiente cuando y si es apropiado, bajo el criterio del oficial (no necesariamente en el orden presentado cuando se tome más de un paso): (1) llamar al 911 o el número equivalente para que venga un servicio médico de emergencia; (2) llamarme o a otras personas listadas en la *Forma de Autorización Atlética* del Distrito Escolar; (3) llamar al doctor/clínica del niño/a listado en *Forma de Autorización Atlética* del Distrito Escolar; (4) si no pueden localizar a la gente identificada en (2) y (3) arriba: (a) llamar o llevar a mi hija/o a un doctor local disponible (b) llevar a mi hija/o a un hospital local. Por la presente autorizo a cualquier proveedor médico listado arriba incluyendo cualquier doctor, paramédico y cualquier hospital a dar dicho tratamiento médico y procedimientos como el/ella consideren necesario.

SEGURO

Asumo la responsabilidad financiera por los gastos médicos que surjan de la participación de mi hijo/a y entiendo que el **Distrito Escolar requiere, pero no provee seguro médico para mi hijo/a.**

1. **Exención de Seguro:** Sí _____

He llenado la sección de información de seguro de la *Forma de Autorización del Atletismo* del Distrito Escolar incluyendo el nombre de la compañía y el número de plan de seguro. **Entiendo que tengo que avisar a la escuela inmediatamente si esta información cambia durante el tiempo que mi hija o hijo participe en atletismo.**

2. **Compra de Seguro:** Sí _____

He comprado el seguro escolar como está indicado en la Sección de Autorización de la Forma de Autorización Atlética del Distrito Escolar. Entiendo que este seguro es valido para el año escolar actual solamente.

ENAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO Y FIRMARLO (Ver atrás)

Distrito Escolar de Edmonds

Contrato del Estudiante para Actividades Extracurriculares

Este Contrato aplica a todas las actividades extracurriculares y entra en efecto por la duración de la carrera en la preparatoria.

Reconozco que participar en actividades atléticas estudiantiles u otras actividades extra-curriculares en el Distrito Escolar de Edmonds significa ser un modelo de conducta para otros estudiantes y mantenerme en un alto estándar de conducta personal.

Para poder disfrutar los privilegios de participación en atletismo extra-curricular u otras actividades, estoy de acuerdo en obedecer y seguir las reglas de la Asociación de Actividades Inter-escolares de Washington, el Distrito Escolar de Edmonds y de mis entrenadores/consejeros de escuela

Entiendo que las reglas para estudiantes que participan en actividades extra-curriculares del Distrito Escolar de Edmonds están disponibles cuando los pida, o en línea en: www.edmonds.wednet.edu/at_hl_et_i_chandbook

Entiendo que puedo perder mi privilegio de participación en actividades extra-curriculares por la temporada entera o más si se encuentra que tengo, uso o trafico drogas, alcohol o tabaco; o me pongo en presencia de uso de dichas sustancias o si permanezco las proximidades de la utilización de este tipo de sustancias prohibidas por la ley penal; o participo en conductas que permiten que otros usen ilegalmente dichas sustancias. Sé que es mi responsabilidad irme inmediatamente, más allá de duda razonable y cercanía, de la situación. Además entiendo que mi participación puede ser excluida si participo en actos de criminalidad u otros actos serios de falta de conducta como acoso, intimidación, novatadas, peleas o trampas.

Entiendo que todas las primeras ofensas, por violación a estas reglas pueden resultar en excluirme de la participación en actividades extracurricular, y la exclusión de participar puede ser evitada o reducida si voluntariamente me reporto, coopero honestamente y voluntariamente participo en evaluación y tratamiento.

Estoy de acuerdo en seguir las reglas de actividades/equipo y cumplir y mantener los requisitos académicos y de pre-participación de elegibilidad, y entiendo que se podría negar mi participación si no cumplo con estos estándares.

Firma del Atleta		Fecha:	
Firma del Padre de Familia /Tutor		Fecha:	

ADVERTENCIA Y ACUERDO PARA OBEDECER INSTRUCCIONES

Estoy consciente de que jugando o practicando para jugar/participar/competir en cualquier deporte puede ser una actividad peligrosa que implica MUCHOS RIESGOS DE LESIONES. Entiendo que los peligros y riesgos de jugar o practicar para participar/competir en deportes inter-escolares incluyen, pero no se limitan, a la muerte, lesiones graves del cuello y la columna (que puede resultar en una parálisis completa o parcial), daño cerebral, lesiones graves a prácticamente todos los órganos, huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos internos del sistema músculo esquelético y lesiones graves o deficiencia a otros aspectos de mi cuerpo, salud general y el bienestar. Sé que los peligros y riesgos de jugar o practicar para jugar/participar/competir en deportes inter-escolares puede resultar no sólo en lesiones graves, pero en un deterioro grave de mis futuras habilidades para ganarme la vida, participar negocios, actividades sociales y recreativas, y en general disfrutar de la vida.

Dado el peligro de participar/compitiendo en deportes inter-escolares, reconozco la importancia de seguir instrucciones de los entrenadores en cuanto técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas del equipo, etc., y acepto obedecer dichas instrucciones.

Entiendo, además, que siguiendo las instrucciones proporcionadas por el Distrito, el riesgo de lesiones descrito anteriormente puede reducirse, pero que debido a la naturaleza del deporte que he seleccionado, aún hay riesgo de lesiones a pesar de las precauciones tomadas o los procedimientos seguidos.

Reconozco además que el béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, y la lucha libre son deportes que implican a veces contacto violento y por lo tanto el riesgo de lesiones en estos deportes es incluso mayor que otros deportes.

He leído y comprendido la información proporcionada en esta forma y en el *Boletín de Información de Elegibilidad para Atletismo*. Solicito que el Distrito Escolar de Edmonds me permita participar/competir en los deportes o actividades designadas en la Forma de Autorización de Atletismo del Distrito Escolar, incluyendo pero no limitado a, pruebas, practicas, juegos o participación en estos deportes. Además, mi firma refleja que he leído y entendido el *Boletín de Información de Elegibilidad para Atletismo*, *Hoja de Información de Conmociones Cerebrales y Lesiones*, y el *Contrato del Estudiante para Actividades Extracurriculares del Distrito Escolar de Edmonds*.

Fecha: _____

Firma del Atleta

PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEA Y FIRME

Yo, _____, soy el padre/madre/tutor legal de _____ (estudiante).

He leído y entendido la advertencia y el acuerdo para obedecer instrucciones del Distrito Escolar de Edmonds.

Entiendo que todo deporte puede implicar muchos riesgos de lesiones, incluyendo, pero no limitado a, los riesgos descritos. También entiendo que las consecuencias de la lesión pueden exceder los beneficios que ofrece mi propio seguro médico y admito que el Distrito me ha informado de esta posibilidad.

Solicito que el Distrito Escolar de Edmonds permita que mi estudiante haga una prueba para el equipo(s) de atletismo de su escuela y para participar en todas las actividades relacionadas con el equipo, incluyendo, pero no limitado a, pruebas, practicas, o juegos/participación en los deportes indicados en la Forma de Autorización de Atletismo del Distrito Escolar. Además, mi firma refleja que he leído y entiendo el *Boletín de Información de Elegibilidad para Atletismo*, el *Contrato del Estudiante para Actividades Extracurriculares*, la *Hoja de Información de Conmociones Cerebrales y Lesiones*, y la *Forma de Permiso de los Padres* para el Distrito Escolar de Edmonds.

Firma del Padre /madre de Familia o Tutor

Date



DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS #15

20420 – 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036 – 7400

Formulario de Conocimiento Para Estudiantes y Padres Sobre Conmoción Cerebral y el Paro Cardíaco Súbito

El Distrito Escolar de Edmonds cree que la participación en atletismo mejora la condición física, la coordinación, la autodisciplina, y da a los estudiantes oportunidades valiosas para aprender importantes habilidades sociales y de vida.

Con esto en mente, es importante que hagamos todo lo posible para crear y mantener un ambiente agradable y seguro. Como padre/madre/tutor o estudiante, juegan un papel vital en la protección de los participantes y ayudarles a obtener lo mejor del deporte.

El jugador y la educación de los padres en esta área es crucial por lo cual, usted recibió un folleto sobre el Manejo de la Conmoción Cerebral y el Paro Cardíaco Súbito. Consulte el folleto regularmente.

Este formulario debe ser firmado anualmente por el padre/madre/tutor y el estudiante, antes de la participación en actividades atléticas del Distrito Escolar de Edmonds. Si tiene preguntas con respecto a la información proporcionada en el folleto, por favor póngase en contacto con el director atlético de su escuela.

HE RECIBIDO, LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN LOS FOLLETOS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE RECONOCIMIENTO DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL Y EL PARO CARDÍACO SÚBITO .

<i>Nombre del estudiante (Letra de imprenta)</i>	<i>Nombre del estudiante (Firma)</i>	<i>Fecha</i>
--	--------------------------------------	--------------

<i>Nombre del padre/madre (Letra de imprenta)</i>	<i>Nombre del padre/madre (Firma)</i>	<i>Fecha</i>
---	---------------------------------------	--------------

**EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN
FORMULARIO DE ANTECEDENTES**

A completar antes de su cita con su médico

(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener esta forma en el historial.)

Fecha del examen _____
 Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicinas y Alergias: Por favor escriba todos los medicamentos con receta y sin receta, y suplementos (herbarios y nutricionales) que está tomando actualmente _____

¿Tiene alergias? Sí No. Si es así, por favor identifique alergia específica a continuación.

Medicines Polen Alimentos Picaduras de insectos

Explicar respuestas "Sí" a continuación. Encierre en un círculo las preguntas que no pueda contestar.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por alguna razón?			26. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tiene alguna condición médica en curso? Si es así, favor de identificar a continuación: <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Infecciones Otro: _____			27. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?			28. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o cualquier otro órgano?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD DEL CORAZÓN	Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado durante o después de hacer ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, tensión o presión en su pecho durante el ejercicio?			32. ¿Tiene alguna erupciones, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
7. ¿Alguna vez se ha acelerado su corazón o brincado latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha tenido herpes o infección de la piel MRSA?		
8. ¿Le ha dicho algún médico que tiene problemas del corazón? Si es así marque todos lo que aplican <input type="radio"/> Presión sanguínea alta <input type="radio"/> Un soplo en el corazón <input type="radio"/> Colesterol alto <input type="radio"/> Una infección en el corazón <input type="radio"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____			34. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
8. ¿Alguna vez ordenó un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Se mareo o se siente corto de aliento más de lo esperado durante el ejercicio?			36. ¿Tiene un historial de trastornos convulsivos?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?			37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12. ¿Le da más cansado o le falta el aire con mayor rapidez que a sus amigos durante el ejercicio?			38. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después de golpearse o caer?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA	Sí	No	39. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caer?		
13. ¿Alguien de su familia ha muerto de problemas del corazón o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente de coche sin explicación, o el síndrome de muerte súbita del lactante)?			40. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hace ejercicio bajo el calor?		
14. ¿Hay alguien en su familia que tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, el síndrome de OT largo, síndrome de OT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Le dan calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
16. ¿Alguien en su familia ha tenido desmayos o convulsiones inexplicables, o ha estado a punto de ahogarse?			43. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la vista?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No	44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
17. Ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?			45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Ha tenido huesos rotos o con fracturas o articulaciones dislocadas?			46. ¿Usa gafas de protección, como goggles o máscara?		
19. Ha tenido lesiones que requieran radiografías, resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, un soporte, un yeso, o muletas?			47. ¿Le preocupa su peso?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura por esfuerzo?			48. ¿Está tratando o alguien le recomendó que perdiera o subiera peso?		
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía para la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Está usted en una dieta especial o usted evita ciertos tipos de		
22. Usa regularmente un soporte, aparato ortopédico, u otro dispositivo de ayuda?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
23. Tiene una lesión de hueso, músculo o de articulación que le molesta?			51. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
24. ¿Se han vuelto sus articulaciones dolorosas, hinchadas, calientes y se ven rojas?			MUJERES SOLAMENTE		
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
			54. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		
			Explique aquí sus respuestas de "sí"		

Por la presente declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

©2010 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 imprimir a fines no comerciales, educativos con reconocimiento.
HEOSOJ

9 26810410

➤ EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE ANTECEDENTES SUPLEMENTARIO

**A completar antes de que
sus médicos si es necesario**

Fecha del Examen _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad		
3. Clasificación (si está disponible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente, otros)		
5. Escriba los deportes que está interesado en jugar		
	Sí	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, dispositivo de ayuda, o prótesis?		
7. ¿Utiliza algún aparato ortopédico, o dispositivo, especiales de ayuda para los deportes?		
8. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión, o cualquier otro problema de la piel?		
9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utiliza un aparato auditivo?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función intestinal o de la vejiga?		
12. ¿Tiene ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Ha tenido la Disreflexia Autónoma?		
14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado/a con una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tiene espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden ser controladas con medicamento?		

Explique aquí las respuestas en donde puso "Si".

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes.

	Yes	No
Inestabilidad Atlanto-Axial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad Atlanto-Axial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
El entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
El entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos y las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explique aquí las respuestas en donde puso "Si".

Por la presente declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

A completar por el médico

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

- Considere preguntas adicionales sobre temas más sensibles
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperado, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
 - ¿Alguna vez has probado cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, o dip?
 - Durante los últimos 30 días, ¿Utilizó el tabaco de mascar, rapé, o dip?
 - ¿Bebe alcohol o usar cualquier otra droga?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o usado cualquier otro tipo de suplemento para el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarle a ganar o perder peso o mejorar su desempeño?
 - ¿Usa cinturón de seguridad, un casco, y condones?
- Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5-14).

EXAMINACIÓN		O Masculino	O Femenino
Estatura	Peso		
BP	Pulso	Vista R 20/	L 20/
		Corregida DY ON	
MEDICAL		NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia			
Estigmas de Marfan (cifoscoliosis, paladar con arco alto, pectus excavatum, arnodactilia, longitud del brazo > altura, hiperlaxitud, miopía, MVP, insuficiencia aórtica)			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
• Pupilas iguales			
• Oído			
Ganglios linfáticos			
Corazón*			
• Soplos (auscultación permanente en posición supina, + / - Valsalva)			
• Ubicación del punto de máximo impulso (PMI)			
Pulsos			
• Pulsos femoral simultáneo y radiales			
Pulmones			
Abdomen			
Aparato genitourinario (hombres solamente)			
Piel			
• HSV, lesiones sugestivas de SARM, tiña corporal			
Neurológico			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca / mano / dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
RJOVtoes			
Funcional			
• Caminado de pato, salto con una sola pierna			

Considere ECG, ecocardiograma, y la recomendación a cardiología para un examen e historial cardiaco anormal.
 Considere examen GU si en ambiente privado. Se recomienda tener un tercero presente.
 Considere evaluación cognitiva o la prueba neuropsiquiátrica de referencia K antecedentes de conmoción cerebral significativa.

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

- No aprobado
- A la espera de una evaluación adicional
- Para cualquier deporte
- Para ciertos deportes _____
- Razón _____

Recomendaciones _____

He examinado el estudiante arriba mencionado y completó la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte(s) como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está en expediente en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela, a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta ha sido aprobado para la participación, el médico puede dejar sin efecto la aprobación hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias estén completamente explicadas al atleta (y los padres / tutores).

Nombre del médico (Letra de imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____, Dr. o DO

* Este formulario debe ser enviado a la oficina de atletismo de su escuela

EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN CLEARANCE FORM

A completar por el médico

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Aprobado para todos los deportes sin restricciones

Aprobado para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para _____

No aprobado

A la espera de una evaluación adicional

Para cualquier deporte

Para ciertos deportes _____

Razones _____

Recomendaciones _____

He examinado el estudiante arriba mencionado y completó la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte(s) como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está en expediente en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela, a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta ha sido aprobado para la participación, el médico puede dejar sin efecto la aprobación hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias estén completamente explicadas al atleta (y los padres/tutores).

Nombre del médico (Letra de imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ Dr. o DO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Alergias _____

Otra información _____

SI LO ENVÍA POR FAX, UTILICE EL NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA DE LA ESCUELA DE SU ESTUDIANTE

High Schools

Edmonds Woodway 425-431-7911

Lynnwood 425-431-7527

Meadowdale 425-431-7655

Mountlake Terrace 425-431-7794

Middle Schools

Alderwood 425-431-7580

Brier Terrace 425-431-7836

College Place 425-431-7449

Meadowdale 425-431-7714

* El examen físico es válido por 24 meses



DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS EXENCIÓN DE LA CUOTA DE PARTICIPACIÓN

Utilice si ha presentado o planea presentar una solicitud para el programa de almuerzo gratis o de precio reducido al distrito

PROCESO DE EXENCIÓN DE LA CUOTA DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVA.

Los estudiantes en el programa de almuerzo gratis o precio reducido son elegibles para una exención de la cuota de participación en los deportes

USTED DEBE ENTREGAR UNA COPIA DE SU

Carta de Notificación de Certificación Directa (Ejemplo A)

O

Carta de Notificación de Elegibilidad (Ejemplo B)

CON ESTE PAQUETE O ANTES DE SU 1er COMPETENCIA PARA LA APROBACIÓN DE EXENCIÓN DE SU CUOTA DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVAS

Direct Certification Notification Letter
Mountlake Terrace High (482)
21801 44TH AVE W
MOUNTLAKE TERRACE, WA 98043

06/20/2012

NAME:
ADDRESS:

Expiration Date: 10/18/2012
Student:
Homeroom:

Your child has been APPROVED to receive Free meal benefits at school. This benefit will continue until the expiration date noted above.

You do not have to fill out an application for Free or Reduced Price meal benefits for this child.

This approval is based on the qualification to receive Food Stamps, FDIPIR, Temporary Aid for Needy Families (TANF) or benefits as a migrant, homeless, runaway, even start or head start student. This information was provided to the school office only for approving meal benefits. The information is strictly confidential.

If you are no longer eligible for Food Stamps, FDIPIR, Temporary Aid for Needy Families (TANF), migrant, homeless, runaway, even start or head start benefits you must notify the School Food Service office.

If you do not wish your child to receive free meal benefits, please contact the School Food Service office.

If you have any questions about this decision, please contact the School Food Service Office.

Sincerely,

Sample

Edmonds School District #15
Food Service
Sue Schulz
20420 68th Ave. West
Lynnwood, WA 98036
425-431-7078

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Eligibility Notification Letter

Brier Elementary (115)
3625 232ND ST SW
BRIER, WA 98036

06/20/2012

To the Parent or Guardian of:

Homeroom:
Application #:
Expiration Date: 10/18/12

Your child listed below has been APPROVED to receive Free meal benefits at School.

Your application has been approved until the above expiration date. You must contact the School Food Services office in order to continue eligibility for your child(ren) beyond the date shown.

If you have any questions concerning this decision, please call the School Food Services office. If you do not agree with this decision, you have the right to a fair hearing.

Sincerely,

Sample

Edmonds School District #15
Food Service
Sue Schulz
20420 68th Ave. West
Lynnwood, WA 98036
425-431-7078

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Si un estudiante/familia necesita llenar una solicitud para el programa de almuerzo gratis o de precio reducido, por primera vez, por favor dígales que contacten a Servicios de Alimentación al 425-431-7078.