

2022-2023 Registro para Participación Deportiva en Escuela Secundaria

La información a continuación tiene que ser completada antes de que su hijo pueda participar.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Deporte: _____

Examen físico deportivo vigente
▪ Examen físico deportivo realizado en: **fecha** _____

Autorización para participación deportiva en escuela secundaria

Tarjeta de información de emergencia
▪ Esta tarjeta tiene que ser completada por el padre o tutor

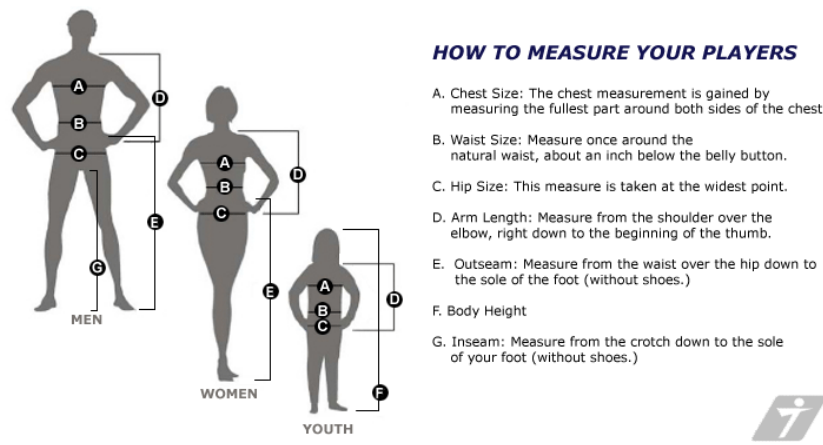
Acuerdo para el uniforme
▪ Por la presente, acepto la responsabilidad por el uniforme del distrito entregado a mi hijo. Si algún equipo o parte del uniforme se pierde o se daña (más allá del uso normal), acepto pagar por el reemplazo. Además, estoy consciente de que si el uniforme de mi hijo no se devuelve a la escuela dentro de dos semanas después de finalizar la temporada, Adams 12 Five Star Schools me cobrará por el uniforme.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Por favor, vea la próxima página para los tamaños de los uniformes para baloncesto. Si entrega su paquete de inscripción para el miércoles, 14 de septiembre, pudiéramos poder garantizar el tamaño de su uniforme para esta temporada. Si no recibimos su orden de uniforme para el miércoles, 14 de septiembre, no podremos garantizar que su hijo recibirá el tamaño solicitado.

Aviso: las tallas para jóvenes vienen en tamaño más pequeño. Por favor, recuerde este detalle cuando ordene el tamaño de su uniforme.

Jersey, tamaño: _____ Pantalón corto, tamaño: _____



All sizes are body measurements unless otherwise indicated.

WOMEN'S JERSEY	WS	WM	WL	WXL	W2XL	W3XL
Chest size	32"-34"	34"-36"	36"-38"	39"-42"	42"-45"	45"-48"
Waist size	26"-28"	28"-30"	30"-33"	33"-36"	36"-39"	39"-42"
Jersey length	27 3/4"	28 1/2"	29 1/2"	30 1/2"	31 1/2"	32 1/4"

YOUTH JERSEY	YS	YM	YL	YXL
Chest	26"-28"	29"-30"	31"-33"	34"-36"
Waist	23"-25"	25"-27"	27"-29"	28"-30"
Length	25 1/4"	26 1/4"	27"	27 3/4"

Women's 5" inseam shorts are currently only available in the following styles:

Amped Fadeaway J, Amped North Classic, Elite Symmetry, Elite Lightning, Elite Candy Stripe, Elite Rally Stripes

WOMEN'S SHORTS	WS	WM	WL	WXL	W2XL	W3XL	W4XL
Waist size	26"-28"	28"-30"	30"-33"	33"-36"	36"-39"	39"-42"	43"-45"
Inseam	5.5"	5.5"	5.5"	5.5"	5.5"	5.5"	5.5"

Girls 5" inseam shorts are currently only available in the following styles:

Amped Fadeaway J, Amped North Classic, Elite Symmetry, Elite Lightning, Elite Candy Stripe, Elite Rally Stripes

GIRLS' SHORTS	GS	GM	GL
Waist size	21"-23"	23"-24"	24"-26"
Inseam	5.5"	5.5"	5.5"

Athletic Department

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Deporte
Domicilio	Teléfono	Escuela
Nombre del padre/tutor	Correo electrónico	Grado: 6 7 8
Escuela a la que asistió anteriormente		

RENUNCIA AL SEGURO / PERMISO PARA ATENCIÓN MÉDICA

La presente declaración exime de responsabilidad financiera al Distrito en caso de que mi hijo/hija/niño/niña en custodia/estudiante (de aquí en adelante referido como “Participante”) sufra un accidente/lesión o cualquier enfermedad o infección, incluyendo, pero no limitado a COVID-19, mientras participa en actividades interescolares (“Atletismo”). Comprendo plenamente que Adams 12 Five Star Schools no proporciona cobertura médica ni contra accidentes durante la participación en actividades deportivas y que el Distrito me ofrece la posibilidad de adquirir un seguro contra accidentes a través de un proveedor externo. Además, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar la cobertura médica o contra accidentes para el Participante. *(Por favor, marque las que aplican).*

- Por la presente certifico que el Participante tiene cobertura de seguro. (Si el Participante NO tiene seguro médico, usted TIENE que marcar la siguiente casilla).
- Por la presente certifico que asumo toda responsabilidad financiera de los costos en los que se incurra debido a una lesión o accidente durante la participación en el programa deportivo.
- En caso de una emergencia que requiera atención médica, doy permiso para que un médico o personal en el hospital atienda al Participante. Se hará todo lo posible por comunicarse conmigo para recibir mi autorización específica antes de cualquier tratamiento u hospitalización.

RECONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE REGRESO AL DEPORTE

- Por la presente reconozco que el Distrito requiere que cualquier Participante que regresa tras una lesión por la cual el Participante no participó por una cantidad de tiempo (Ej., contusión, reconstrucción del ACL, etc.) tiene que ser autorizado por un profesional con las siguientes credenciales: MD, DO, PA, o LNP (“Profesional Calificado de la Salud”). También entiendo que el Profesional calificado de la salud que firma el permiso para que el Participante pueda regresar al deporte no puede ser un familiar directo del Participante. “Familiar directo” es el padre/tutor, hermano(a), abuelo(a) o tío/tía del Participante. También entiendo y reconozco que la autorización para regresar al deporte solo debe ser emitida por el Profesional calificado de la salud que toma la decisión basada en lo que es mejor para la salud del Participante y que no tenga conflictos de interés con respecto al regreso del Participante al deporte.

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL CALIFICADO DE LA SALUD PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Ningún estudiante podrá participar en prácticas formales o representar a su escuela en deportes hasta que tenga una declaración archivada en su registro por el director de la escuela o el director de los deportes, firmada por los padres o tutores legales del estudiante y por un practicante licenciado en los Estados Unidos para llevar a cabo exámenes físicos deportivos certificando que: (a) el estudiante pasó un examen físico adecuado en los pasados 365 días de calendario; (b) en su opinión el estudiante está físicamente en forma para participar en los deportes de secundaria; y (c) el estudiante tiene el permiso de sus padres o tutores legales para participar. Los Practicantes licenciados de la salud que cumplen con este criterio incluyen MD, DO, Practicantes de enfermería, Asistentes médicos y Doctores quiroprácticos que son Certificados para exámenes físicos escolares (DC, SPC).

- Por la presente reconozco que el practicante licenciado de la salud que firma el examen físico pudiera ser un “familiar directo” del Participante, tal como “familiar directo” se define arriba, siempre y cuando el Participante no ha tenido ninguna lesión reciente por la cual el Participante aún necesita una autorización para regresar al deporte.
- Adjunto la documentación del examen físico realizado en el pasado año de calendario por un practicante licenciado de la salud que cumple con el criterio descrito anteriormente.

Firma del padre/tutor	Fecha
-----------------------	-------

Athletic Department

EXONERACIÓN Y ADVERTENCIA A LOS PADRES/TUTORES Y ESTUDIANTES

Debido a su naturaleza, las actividades deportivas competitivas pueden poner al estudiante en situaciones en las cuales puede estar expuesto a ACCIDENTES GRAVES, CATASTRÓFICOS y quizás FATALES. Muchas formas de competencia deportiva resultan en contacto físico violento entre los jugadores, el uso de equipo que puede resultar en accidentes, esfuerzo físico intenso, y numerosas otras formas que los expongan a riesgo de lesiones.

Además, la Organización Mundial de la Salud, el Centro para Control de Enfermedades de Estados Unidos, y el gobernador del Estado de Colorado han declarado una pandemia global, nacional y estatal del coronavirus que causa la enfermedad llamada COVID-19. Se dice que el coronavirus que causa la enfermedad es extraordinariamente fácil de transmitir entre las personas, y se cree que reuniones de cantidades grandes de personas o personas en proximidad cercana el uno al otro son la causa principal de la propagación del COVID-19. Por lo tanto, cualquier reunión de personas, incluyendo deportes competitivos es o puede ser inherentemente peligroso e impredecible, y ENFERMEDAD SERIA o hasta FATALIDAD pueden suceder como resultado de la participación del estudiante en deportes competitivos.

Los estudiantes y los padres/tutores deben evaluar los riesgos asociados con dicha participación y tomar la decisión de participar a pesar de dichos riesgos. No existe suficiente instrucción, precaución y supervisión que elimine totalmente los riesgos de lesiones, enfermedad o infección, incluyendo, pero no limitado a COVID-19. La participación atlética de los estudiantes también podría ser inherentemente peligrosa.

Los atletas tienen la responsabilidad de reportar sus lesiones/enfermedades/síntomas a sus padres y entrenadores. Estoy consciente de que mi condición física depende del historial médico completo y la divulgación de todos los síntomas, quejas, enfermedades, lesiones previas y/o discapacidades. Certifico que he divulgado totalmente toda condición médica previa y divulgaré toda condición médica futura a mis padres y entrenadores. También entiendo que al participar en el deporte seleccionado existe la posibilidad de que podría sufrir una lesión/conmoción cerebral. Entiendo la importancia de informar inmediatamente cualquier síntoma a mis padres y entrenadores.

Al autorizar al Participante a participar en actividades deportivas competitivas, reconozco que tales riesgos existen. Por la presente autorizo a mi hijo/hija/niño/niña en custodia/estudiante a participar en deportes en los programas deportivos aprobados para secundarias, y he leído y entiendo este formulario.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Al elegir participar, reconozco la existencia de dicho riesgo.

Firma del estudiante

Fecha

AVISO Y EXENCIÓN DE TRANSPORTACIÓN

Transportación para estudiantes de secundaria (“middle school”) hacia y desde la mayoría de las actividades, eventos y juegos será proporcionada mientras no interfiera con las rutas diarias de los autobuses. Si no se puede proporcionar transportación y se usan otras formas alternativas de transporte, el Distrito no puede y no asume responsabilidad por la seguridad, entrenamiento de los conductores, condición de los vehículos, uso adecuado para el propósito del uso, o cualquier asunto relacionado con transportación que no es proporcionado por el Distrito.

Reconozco, estoy de acuerdo y entiendo que el Distrito no asegura, endosa, aprueba o patrocina ninguna forma de transportación no provista por el Distrito, ya sea por padres, estudiantes u otros, hacia y desde actividades o eventos fuera de la propiedad del Distrito. Entiendo que soy responsable de proveer o hacer arreglos para la transportación de mi hijo a los eventos del Distrito cuando transportación del Distrito no está disponible. Con la presente, renuncio, libero, exoneró e indemnizo al Distrito, sus agentes, empleados, aseguradores y Junta Educativa de cualquier reclamo, acción, daños, lesión o demanda de cualquier índole, incluyendo lesiones corporales, daños a la propiedad o muerte, surgiendo de u ocurriendo durante o por resultado de mi hijo usar o participar de cualquier transportación no provista por el Distrito, ya sea proporcionada por nosotros, nuestro hijo, otro estudiante, otro adulto o cualquier otra forma.

Firma del padre/tutor

Fecha

Tarjeta de Información de Emergencia

(Esta tarjeta tiene que ser completada por el padre o tutor)

Nombre del atleta _____ Fecha del examen físico _____
(Escriba en letra de imprenta)

Dirección _____ Teléfono de la casa _____

Teléfono de la madre móvil/trabajo _____ Teléfono del padre móvil/trabajo _____

Contacto de emergencia, si no se puede localizar a los padres/tutores:

Nombre _____ Relación con el deportista _____ Teléfono _____

¿Tiene el atleta alguna de las siguientes enfermedades?

Alergias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si contesta sí, ¿qué alergias tiene? _____
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Contusión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si contesta sí, fecha/grado ____/____ fecha/grado ____/____ fecha/grado ____/____

¿Tiene el atleta alguna lesión, cirugía, condición, enfermedad previa o existente (incluyendo pero sin limitarse a COVID-19) que pudiera afectar su participación deportiva?

Si contesta sí, describa: _____

Según sea necesario, doy permiso para que el proveedor de la salud (Ej., asistente de salud/enfermero(a) del distrito) de la escuela secundaria _____ pueda evaluar o tratar/atender lesiones/cortaduras comunes que pudieran ocurrir como resultado de la participación en los deportes. En la ausencia de un asistente de salud/enfermero(a) del distrito, el entrenador usará su mejor juicio para ayudar al atleta lesionado. Leí y entiendo la Exención de responsabilidad médica en la parte de debajo de este documento.

Cuidado de emergencia:

En caso de una emergencia, el entrenador es responsable de lo siguiente:

- Cuidar al atleta. (Notificar al asistente de salud/enfermero del distrito)
- Comunicarse con los padres o tutores del atleta. Si no puede localizar al padre o tutor, se comunicará con la persona designada como contacto en la tarjeta de emergencia.
- Si es necesario, conseguirá cuidado profesional para el atleta.
- Si es necesario, llamará al "911".
- Si el estudiante es transportado por ambulancia o enviado al hospital, el entrenador se comunicará con el Centro de Comunicaciones de Emergencia del Distrito al (720) 972-4911.
- Completar un reporte de accidente del Distrito.
- Notificar al Director de Deportes en la escuela y/o al Director de Deportes del Distrito.

Exención de responsabilidad médica:

Los atletas son responsables de reportar sus lesiones, enfermedades y síntomas a su entrenador y al asistente de salud o enfermero(a) en su escuela secundaria. Estoy consciente de que mi condición física depende de un historial médico preciso y la divulgación de todos los síntomas, quejas, enfermedades, lesiones previas y/o cualquier discapacidad. Afirmando que he divulgado completamente cualquier condición médica previa y que notificaré cualquier condición futura a mi entrenador y al asistente de salud/enfermero(a) de mi escuela secundaria. También entiendo que al participar en mi deporte existe la posibilidad de sufrir una lesión o contusión en la cabeza. Entiendo la importancia de informar inmediatamente los síntomas al entrenador, al asistente de la salud o enfermero(a) del distrito.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante atleta _____ Fecha _____