Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

CLEARANCE FORM

Participation Physical Evaluation

Name_____Sex_____Age_____Date of Birth_____

☐ Cleared without restriction

☐ Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

_____

_____

Not cleared for: ☐ All Sports ☐ Certain Sports Reason:_____

Recommendation: _____

_____

Emergency Information

Allergies: _____

Other information: _____

Name of Physician (print/type):_____Date:_____

Address:_____Phone:_____

Signature of Physician: _____

Date: _____

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

La participación de Evaluación Física

Nombre_____**Genero**_____**Edad**_____**Fecha de Naciemiento**_____

☐ **Despejado sin restriccion**
☐ **Despejado con recomendaciones de mas evaluacion o tratamiento para:**

_____

_____

No esta despejado para ☐ Todos los deportes ☐ Deportes Ciertos Razon:_____

Recomendaciones: _____

_____

Informacion para Emergencias

Alergias:

_____

Otra informacion:

_____

Nombre de el Medico:_____ **Fecha:**_____

Direccion:_____**Numero de Telefono:**_____

Firma de el Medico: _____ **MD o DO**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Preparticipation Physical Evaluation

Name _____ **Date of Birth** _____

Height_____**Weight**_____**% Body Fat**_____**Pulse**____**BP**___/____(____/____/ ____ ____/_____)

Vision Right 20/_____ **Left 20/**_____ **Corrected: Yes No Pupils: Equal** _____ **Unequal**_____

Medical	Normal	Abnormal Findings	Initials	Musculoskeletal	Normal	Abnormal Findings	Initials
Appearance				Neck			
Eyes/ears/nose/throat				Back			
Hearing				Shoulder/arm			
Lymph nodes				Elbow/ forearm			
Heart				Wrist/hand/fingers			
Murmurs				Hip/thigh			
Pulses				Knee			
Lungs				Leg/ankle			
Abdomen				Foot/toes			
Genitourinary (males only)							
Skin							

Notes:_____

_____

Name of physician: _____ **Date:** _____

Address: _____ **Phone:**_____

Signature of physician:_____,**MD or DO**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

FORMULARIO de EXAMEN MEDICO

Examen Previo a La Participacion en Deportes

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Estatura_____**Peso**_____**% Grasa Corporal**_____**Pulso**_____

Visión Derecha 20/_____ **Izquierda 20/**_____ **Corregido: Si No** **Alumnos: Igual** _____ **Desigual**_____

Medico	Normal	Encuentros Anormales	Iniciales	**Musculoesquelético**	Normal	Encuentros Anormales	Iniciales
Apariencia				Rodilla			
Ojos/oidos/nariz/garganta				Cuello			
Audicion				Espalda			
ganglios linfáticos				Hombro/brazo			
Corazon				Codo/Antebrazo			
Murmullo				Cadera/ Muslos			
Legumbres				Pie/ Dedos de los pies			
Pulmones				Pierna/ Tobillo			
Abdomen							
Piel							

Notas:_____

_____

Nombre de Medico: _____ **Fecha:** _____

Dirección:_____ **Numero de Telefono::**_____

Firma de Medico: _____ **MD o DO**

Preparticipation Physical Evaluation

HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Sex _____ Age _____ Date of birth _____

Grade _____ School _____ Sport(s) _____

Address _____ Phone _____

Personal Physician _____

In case of emergency, contact:

Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ Phone(W) _____

Explain "Yes" answers below.
Circle questions you don't know the answers to.

	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?	☐	☐
2. Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)?	☐	☐
3. Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medicines or pills?	☐	☐
4. Do you have allergies to medicines, pollens, foods, or stinging insects?	☐	☐
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING exercise?	☐	☐
6. Have you ever passed out or nearly passed out AFTER exercise?	☐	☐
7. Have you ever had discomfort, pain, or pressure in your chest during exercise?	☐	☐
8. Does your heart race or skip beats during exercise?	☐	☐
9. Has a doctor ever told you that you have (check all that apply): ☐ High blood pressure ☐ A heart murmur ☐ High cholesterol ☐ A heart infection		
10. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (for example: ECG, echocardiogram)	☐	☐
11. Has anyone in your family died for no apparent reason?	☐	☐
12. Does anyone in your family have a heart problem?	☐	☐
13. Has any family member or relative died of heart problems or of sudden death before age 50?	☐	☐
14. Does anyone in your family have Marfan syndrome?	☐	☐
15. Have you ever spent the night in a hospital?	☐	☐
16. Have you ever had surgery?	☐	☐
17. Have you ever had an injury, like a sprain, muscle or ligament tear, or tendinitis, that caused you to miss a practice or game? If yes, circle affected area below:	☐	☐
18. Have you had any broken or fractured bones or dislocated joints? If yes, circle below:	☐	☐
19. Have you had a bone or joint injury that required x-rays MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches? If yes, circle below:	☐	☐

Head	Neck	Shoulder	Upper Arm	Elbow	Forearm	Hand/ Fingers	Chest
Upper Back	Lower Back	Hip	Thigh	Knee	Calf/ Shin	Ankle	Foot/ Toes

20. Have you ever had a stress fracture?	☐	☐
21. Have you been told that you have or have you had an x-ray for atlantoaxial (neck) instability?	☐	☐
22. Do you regularly use a brace or assistive device?	☐	☐
23. Has a doctor ever told you that you have asthma or allergies?	☐	☐
24. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?	☐	☐
25. Is there anyone in your family who has asthma?	☐	☐
26. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?	☐	☐
27. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ?	☐	☐
28. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?	☐	☐
29. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?	☐	☐
30. Have you had a herpes skin infection?	☐	☐
31. Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐
32. Have you been hit in the head and been confused or lost your memory?	☐	☐
33. Have you ever had a seizure?	☐	☐
34. Do you have headaches with exercise?	☐	☐
35. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?	☐	☐
36. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?	☐	☐
37. When exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill?	☐	☐
38. Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐
39. Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐
40. Do you wear glasses or contact lenses?	☐	☐
41. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	☐	☐
42. Are you happy with your weight?	☐	☐
43. Are you trying to gain or lose weight?	☐	☐
44. Has anyone recommended you change your weight or eating habits?	☐	☐
45. Do you limit or carefully control what you eat?	☐	☐
46. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?	☐	☐
FEMALES ONLY		
47. Have you ever had a menstrual period?	☐	☐

48. How old were you when you had your first menstrual period? _____
49. How many periods have you had in the last 12 months? _____

Explain "Yes" answers here: _____

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of Athlete _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Examen Previo a La Participacion en Deportes

Fecha de Examen: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Deportes: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico: _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Explique las respuestas "sí" de abajo. Circule las preguntas que no sabe la respuesta.

		Sí	No
1	¿ Alguna vez un médico negado o restringido su participación en el deporte por cualquier motivo?		
2	¿Tiene una condición médica continua? (Como la diabetes o el asma)		
3	¿Está tomando cualquier prescripción o de venta libre (sin receta médica), la medicina de las píldoras?		
4	¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos, al polen, alimentos u insectos que pican?		
5	¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado durante el ejercicio.		
6	¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado después de ejercicio?		
7	¿Alguna vez habías malestar, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?		
8	¿Salta latidos tu corazon durante el ejercicio?		
9	¿Le ha dicho su médico que usted tiene la presión arterial alta, el colesterol, un soplo en el corazón, y la infección en el corazón?		
10	¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón, ECG o ecocardiograma?		
11	¿Algún miembro de su familia murió sin razón aparente?		
12	¿Alguien en su familia tiene un problema del corazón?		
13	¿Cualquier miembro de la familia o pariente murió de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?		
14	¿Alguien en su familia tiene el síndrome de Marfan?		
15	¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?		
16	¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
17	¿Alguna vez ha tenido una lesión que le hizo perder un entrenamiento o un partido?		
18	¿Ha tenido algunos huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocades?		
19	¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados que requiriese de rayos X, resonancia magnética, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, una abrazadera, un yeso, o muletas? Si respondió "Sí", indique los areas afectados:		
	Cabeza / Cuello / Hombro / Codo / Tobillo Frente / Pecho / Superior de la Espalda / Pie / dedo del pie Cadera / Rodilla / Baja de la Espalda / Pantorrilla		
20	¿Alguna vez tuvo fractura por estrés?		
21	¿Ha tenido una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?		
22	¿Se usa con regularidad un corsé o dispositivo de ayuda?		
23	¿ Le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?		
24	¿Tiene tos, sibilancias, o tiene dificultad para respirar durante o después el ejercicio?		
25	¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
26	¿Ha usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
27	¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o otro órgano?		
28	¿Ha tenido alguna mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes		
29	¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
30	¿ Ha tenido una infección de la piel por herpes?		
31	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
32	¿Alguna vez fue golpeado en la cabeza un estado confundido o perdido la memoria?		
33	¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
34	¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
35	¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después de golpearse o caerse?		
36	¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
37	¿ Cuando haces ejercicio durante el calor, ¿tiene calambres musculares severos o se enferma?		
38	¿Está contento con su peso?		
39	¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?		
40	¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
41	¿Usa lentes de protección, como gafas o una careta?		
42	¿Le ha dicho un médico que usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?		
43	¿Estás tratando de ganar o perder peso?		
44	¿Alguien ha recomendado que cambie su peso o hábitos alimenticios		
45	¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?		
46	¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
	Para las mujeres:		
47	¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
48	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
49	¿Cuantos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

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

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

C.I.F. Code of Ethics - Athletes

Athletics is an integral part of the school's total educational program. All school activities, curricular and extracurricular, in the classroom and on the playing field, must be congruent with the school's stated goals and objectives established for the intellectual, physical, social and moral development of its students. It is within this context that the following Code of Ethics is presented.

As an athlete, I understand that it is my responsibility to:

1. Place academic achievement as the highest priority Family, education, sports (in that order)
2. Show respect for teammates, opponents, officials and coaches. All players, parents and coaches are representatives of the entire school
3. Respect the integrity and judgment of game officials.
4. Exhibit fair play, sportsmanship and proper conduct on and off the playing field.
5. Maintain a high level of safety awareness.
6. Refrain from the use of profanity, vulgarity and other offensive language and gestures.
7. Adhere to the established rules and standards of the game to be played.
8. Respect all equipment and use it safely and appropriately.
9. Refrain from the use of alcohol, tobacco, illegal and non-prescriptive drugs, anabolic steroids or any substance to increase physical development or performance that is not approved by the United States Food and Drug Administration, Surgeon General of the United States or American Medical Association.
10. Know and follow all state, section and school athletic rules and regulations as they pertain to eligibility and sports participation.
11. Win with character, lose with dignity.

As a condition of membership in the CIF, all schools shall adopt policies prohibiting the use and abuse of androgenic/anabolic steroids. All member schools shall have participating students and their parents, legal guardian/caregiver agree that the athlete will not use steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition (Article 523).

By signing below, both the participating student athlete and the parents, legal guardian/caregiver hereby agree that the student shall not use androgenic/anabolic steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition. We recognize that under CIF Bylaw 202, there could be penalties for false or fraudulent information.

We also understand that the **HAWTHORNE SCHOOL DISTRICT** policy regarding the use of illegal drugs will be enforced for any violations of these rules.

_____

Printed Name of Student Athlete

_____ **Date:**_____

Signature of Student Athlete

_____ **Date:**_____

Signature of Parent/Caregiver

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

C.I.F. Código de Ética - Atletas

El atletismo es una parte integral del programa general educacional del colegio. Todas las actividades escolares, curriculares o extra curriculares, en el salón de clases o en la cancha de juego, debe de ser congruente con las metas fijadas por el colegio y los objetivos establecidos para el desarrollo intelectual, físico, social y moral de sus estudiantes. Es dentro de este contexto que se presenta el siguiente Código de Ética.

Como atleta yo entiendo que es mi responsabilidad de:

1. Poner mis logros académicos como mi más alta prioridad.

2. Mostrar respeto hacia mis compañeros, opositores, oficiales, y entrenadores.

3. Respetar la integridad y la opinión de los funcionarios de los juegos.

4. Manifestar un juego limpio, deportividad y comportarme apropiadamente dentro y fuera de la cancha de juego.

5. Mantener un alto nivel de conocimiento de seguridad.

6. Abstenerme de usar profanidad, vulgaridad, y otro tipo de lenguaje o gestos ofensivos.

7. Seguir las reglas establecidas y las normas del juego.

8. Respetar todo el equipo y usarlo sin peligro y apropiadamente.

9. Abstenerme de usar alcohol, tabaco, medicamentos recetados o drogas ilegales, esteroides anabólicos o ninguna substancia para incrementar el desarrollo o función física que no sea aprobada por la Administración de Comidas y Drogas de los EEUU, el Cirujano General de los EEUU o la Asociación Médica Americana.

10. Saber y seguir todas las reglas de atletismo estatales, de la región y escolares, y los reglamentos que relacionados a la elegibilidad y la participación en los deportes.

11. Ganar con carácter, perder con dignidad.

Como una condición para la membrecía en CIF, todos los colegios deberán adoptar las pólizas que prohíben el uso de y abuso de esteroides androgénicos y anabólicos. Todos los colegios miembros deberán tener estudiantes y sus padres o tutores quienes acuerden que el atleta no usará esteroides sin receta médica para tratar una condición médica, de un doctor autorizado y reconocido por el AMA (Articulo 523).

Al firmar debajo, el estudiante atleta participante y los padres o tutores legales aceptan que los estudiantes no usaran esteroides androgénicos o anabólicos sin receta médica para tratar una condición médica, de un doctor autorizado y reconocido por el AMA. Reconocemos que bajo el estatuto 202 de CIF, puede haber sanciones por dar información falsa o fraudulenta.

También entendemos que la póliza del Distrito Escolar de Hawthorne acerca del uso de substancias ilegales se hará cumplir para cualquier violación de estas reglas.

Imprima el Nombre del Estudiante Atleta

Firma del Estudiante Atleta **Fecha**

Firma del Padre Signature of Parent/Caregiver **Fecha**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

HIGH SCHOOL ATHLETIC RULES AND INFORMATION

A student-athlete can qualify for earning a VARSITY LETTER by completing the season as a member of the varsity squad (Cannot have been cut, suspended or quit) and competed in a majority of the events.
All school issued equipment (uniforms, bags, etc.) must be returned at the end of the season or the equipment must be paid for the student will be placed on an ineligible list for all extracurricular activities until their account is clear.
Athletes cannot transfer from an "in-season" sport to any other sport until after the last game of the first "in-season" sport.
To be a member of a high school athletic team is a privilege and an honor.

Behavior: We expect all players to conduct themselves like ladies and gentlemen. Specifically, we do not want players who criticize teammates or officials or commit deliberate fouls. When fouled, we do not want our players to retaliate. In short, have "Class" and "Character". All student-athletes will be expected to act, perform and display model behavior on & off the field/court. Student-athletes represent not only their team but also HMSA and the student body as a whole. Players are expected to show up on time and be prepared to play and participate. Players are expected to be with their team the entire time the team is engaged at a practice or game.

Traveling Expectations: All student-athletes will be expected to be respectful of the rules that the bus driver has set for his/her bus. Players are expected to be mindful of their surroundings, environment, teammates and community.
DO NOT:

- -make negative coments to opposing teams or fans
- -Throw projectiles to opposing teams or fans
- - Use gestures, signs and signals to opposing teams or fans

All students–athletes will be expected to travel in their team warm-ups to the event and back. All players must travel with the team on the provided form of transportation to the event and back to school. No player can leave an event with their parents, unless there is a medical emergency for that player and the parent signs a waiver at event.

Fundraising: All student-athletes will be expected to participate in all athletic fundraising events that are approved by the athletic director and school administration. Participation must be done at a minimum level, and specific rules and directions will be forthcoming according to each fundraiser.

Dead Period: No student-athlete is allowed to practice with their respective teams during the HMSA team dead period. The official dead period starts the first Monday after graduation. The dead period lasts three complete weeks from the initial Monday stated earlier.

Club Teams: A member of a high school team may not, **during his or her season of sport**, compete for an outside team in that **same** sport. *For example, a member of the HMSA Soccer team cannot play on their club soccer team during the CIF Soccer season.*

Parent/Guardian Name (Please Print) _____ **Participant Signature** _____

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

NORMAS DE SECUNDARIA ATLETICO Y INFORMACIÓN

Un estudiante-atleta puede calificar para ganar un "VARSITY LETTER" cuando termina la emporada. No puede haber sido cortado o suspendido. Tambien tuvo que competir en la mayoría de los eventos.
El equipaje (uniformes, bolsas, etc.) dado por la escuela debe ser devuelto al final de la temporada. Osi no lo regresa, el estudiante será colocado en una lista de inelegibles para todas las actividades extracurriculares hasta que su cuenta está clara.
Los atletas no pueden transferirse de un deporte "de temporada" para cualquier otro deporte hasta después del último partido de la primera deporte "durante la temporada".
Siendo miembro de un equipo atlético de la escuela es un privilegio y un honor.

Comportamiento: Esperamos que todos los jugadores se comporten como damas y caballeros. En concreto, no queremos jugadores que critican compañeros de equipo o que hacen altas deliberadas. En pocas palabras, queremos que nuestros jugadores tienen "clase" y "carácter". Se espera que los estudiantes-atletas actuan bien en y fuera del campo. Los estudiantes-atletas representan su equipo y la escuela.
Los jugadores deben llegar a tiempo y estar preparados para jugar y participar. Los jugadores deben estar con su equipo toda las veces que un equipo esta prácticando.

Viajando: Se espera que todos los estudiantes-atletas seran respetuosos de las reglas que el conductor del autobús imponga. Los jugadores deben ser conscientes de el mismo, el medio ambiente, compañeros y comunidad.
NO:
-Hacer comentarios negativos a equipos o aficionados adversarios
-Tira cosas a los equipos oa los equipos contrarios
- Usa gestos, signos y señales a los equipos oa los equipos contrarios
Esperamos que los atletas viajen en su equipo para el evento. Todos los jugadores deben viajar con el equipo en el transporte proporcionado al evento y de regreso a la escuela. Ningún jugador puede salir de un evento con los padres, a menos que una emergencia médica para ese jugador

La recaudación de fondos: Se espera que todos los estudiantes-atletas partcipan en todos los eventos de recaudación de fondos. La participación debe hacerse a un nivel mínimo, y las reglas e instrucciones especificas se enviará en breve en función de cada recaudación de fondos.

Período muertos: Ningún estudiante-atleta puede practicar con sus respectivos equipos durante el periodo equipo muertos HMSA. El período de muertos oficial comienza el primer lunes después de la graduación. El período muertos dura tres semanas completas desde el primer Lunes (como se dijo anteriormente).

Club Equipos: Un miembro de un equipo de la escuela secundaria no puede, durante su temporada de deporte, competir por un equipo externo en ese mismo deporte. Por ejemplo, un miembro del equipo de fútbol HMSA no puede jugar en su club de fútbol durante la temporada de fútbol CIF.

Padre/Tutor (Letra de Molde por favor)

Firma del Participante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Program Expectations

Do NOT embarrass the program: **All players, parents and coaches are representatives of the entire school.**

Keep your focus: **Family, Education, Sports**

Responsibility/Discipline: ***BEFORE*** **missing practice, a player needs to inform the coach personally, a minimum of 6 hours in advance either by email, phone call, or face to face. Do not inform the coach a few minutes before practice or a game.** Each player will be allowed to provide written excuse from any event up to a maximum of three times in a season. **Remember that practice determines playing time**

All PLAYERS must do the following: Attend 100% of all scheduled practices, games and events. Adhere to the strict "Code of Ethics" outlined above. Must be in practice uniform to practice. Show up on time for scheduled events and transportation. "You have to be early to be on time." Teams will travel in their warm-ups. **All electronic devices are to be put away at practice, games, or other scheduled events**. No athlete will use any form of alcohol, tobacco, or drugs.

PARENTS: Parents should review the Code of Ethics for Athletes with their son/daughter and reinforce the values of the California Interscholastic Federation (CIF). These priorities advance the highest principles of character: trustworthiness, respect, responsibility, fairness, caring and good citizenship. Parents should encourage players to address any concerns with the coach or Athletic Director directly in an effort to teach student-athletes to advocate for themselves.

Parents Will:

- Support their child; insure each player arrives on time, properly equipped and ready to participate.
- Be available and open to support the program through volunteering and participation through but not limited to fundraising, transportation and communication.
- **Schedule all appointments, tasks, trips and other events so as not to conflict with their child's respective sport.**
    - **Understand that simply because the child has made the team does not equate to the child getting playing time. Not everyone will play every time or at all.**

Parents Will not:

- Interfere in the day to day practice schedule or actual events unless asked to by the coach. Conduct phone calls, emails or letters to anyone in regards to the coaching decisions, team philosophy, and playing time.

Coaches will: Provide a safe and healthy learning environment that fosters positive thought and aggressive play. Oversee team operations, provide guidance, and skill development for improvement. Adhere to the practice schedule that is agreed upon by the coach, the Athletic Director and the school Administration. Be available to players in person, by phone or email.

Parent/Guardian Name (Please Print) _____ **Participant Signature** _____

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Las expectativas del programa:

No avergüence el programa: Todos los jugadores, padres y entrenadores son representantes de toda la escuela. Mantener el profesionalismo.

Mantenga su enfoque: Familia, Educación, Deportes

Responsabilidad / *Disciplina: antes de la práctica que falta, un jugador tiene que informar al entrenador personal, un mínimo de 6 horas de antelación, ya sea por correo electrónico, llamada telefónica, o cara a cara. No informar al entrenador de un par de minutos antes de la práctica o un juego*
Se permitirá a cada jugador para proporcionar excusa escrita de cualquier caso, hasta un máximo de tres veces en una temporada.
Recuerde que la práctica determina el tiempo de juego

Personaje: Juega duro, jugar de manera inteligente

Todos los JUGADORES deben hacer lo siguiente: Asistir 100% de todas las prácticas programadas, juegos y eventos. Adhere a la estricta "Bases de Elegibilidad" se describe anteriormente. Mostrar a tiempo para los eventos programados y transporte. Usted Tiene que llegar temprano para llegar a tiempo. Debe Ser en la práctica uniforme para la práctica. Equipos viajarán en sus calentamientos. **Todos los dispositivos electrónicos son para ser guardados en la práctica, juegos, u otros eventos programados.** Ningun atleta utilizará cualquier tipo de alcohol, tabaco o drogas.

PADRES: Los padres deben revisar el código de ética para los atletas con su hijo y reforzar los valores de la Federación Interescolar de California (CIF). Estas prioridades promueven los principios de carácter: confiabilidad, respeto, responsabilidad, equidad, bondad y ciudadanía. Los padres deben animar a los jugadores que reporten directamente cualquier preocupación con el entrenador o Director Deportivo en un esfuerzo para enseñar a los estudiantes-atletas de abogar por sí mismos.
Los padres deben:

- Apoyar a su hijo; Asegúrese de que cada jugador llegue a tiempo, debidamente equipado y listo para participar.
- Estar disponible y abierto para apoyar el programa a través del voluntariado y la participación a través de, sin limitación, recaudación de fondos, transporte y comunicación.
- **Programe todas las citas, tareas, viajes y otros eventos para no entrar en conflicto con el deporte de su hijo.**
- **Entender que simplemente porque el niño ha hecho que el equipo no equivale a que el niño obtenga tiempo de juego. No todo el mundo jugará cada vez o en absoluto.**

Los padres no deben:
Interferir en el horario de práctica diaria o eventos reales a menos que se lo pida el entrenador. Realizar llamadas telefónicas, correos electrónicos o cartas a cualquier persona en lo que respecta a las decisiones de coaching, filosofía de equipo y tiempo de juego

Los entrenadores: Proporcionarán un ambiente de aprendizaje seguro y saludable que fomente el pensamiento positivo y el juego agresivo. Supervisar las operaciones del equipo, proporcionar orientación y desarrollo de habilidades para mejorar. Adherirse al horario de práctica que es acordado por el entrenador, el director de atletismo y la administración de la escuela. Estar disponible para los jugadores en persona, por teléfono o correo electrónico..

Padre/Tutor (Letra de Molde por favor) _____ **Firma del Participante** _____

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Athletic Insurance Certification Form

Student's Name: _____

School: **Hawthorne Math & Science Academy**

I hereby certify, under penalty of perjury, that the above-named pupil is covered by valid insurance that provides the following:

1. Insurance protection for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injuries in one of the following amounts: (Ed. Code 32221)
   a. A group or individual medical plan with accidental benefits of at least two hundred dollars ($200) for each occurrence and major medical coverage of at least ten thousand dollars ($10,000), with no more than one hundred dollars ($100) deductible and no less than eighty percent (80%) payable for each occurrence.
   b. Group or individual medical plans which are certified by the Insurance Commissioner to be equivalent to the required coverage of at least one thousand five hundred dollars ($1,500).
   c. At least one thousand five hundred dollars ($1,500) for all medical and hospital expenses.
2. I hereby agree that this policy shall not be cancelable without at least 10 days prior written notice to the district.

Insurance protection in any of the above amounts shall be provided through group, blanket, or individual policies of accident insurance from authorized insurers or through a benefit and relief association, such as California Interscholastic Protection Fund, for the death or injury to members of athletic teams arising while such members are engaged in or are preparing for an athletic event promoted under the sponsorship or arrangements of the educational institution or a student body organization thereof or while such members are being transported by or under the sponsorship or arrangements of the school districts or a student body organization thereof to or from school or other place of instruction and the place of the athletic event. Minimum medical benefits under any insurance required by this paragraph shall be equivalent to the three dollars and fifty cents ($3.50) conversion factor as applied to the unit values contained in the minimum fee schedule adopted by the department of Industrial Relations of the State of California, effective October 1, 1966. (Ref. Ed. Code 32221)

I will maintain the above coverage during the current school year or will immediately notify the school if the coverage terminates or does not meet the above requirements.

_____ _____

Insurance Company **Policy/Group No.**

_____ _____

Expiration Date of Policy **Date**

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Parent/Guardian Name – Please Print**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Forma de Certificación de Seguro Para Atletas

Nombre del alumno: _____

Escuela **Hawthorne Math & Science Academy**

Por este medio certifico bajo pena de perjurio, que la persona mencionada arriba esta cubierto/a bajo seguro valido que provee lo siguiente.

(1) Seguro de protección medica y gastos de hospital como resultado de dañó accidental a la persona en una de las siguientes cantidades: (Ed. Code 32221)

(a) Un plan medico para grupo o individual con beneficios que cubran accidentes de cuando menos doscientos dólares ($200) para cada ocurrencia y cobertura mayor medica de lo menos diez mil dólares ($10,000), con no mas de cien dólares ($100) de deducible y no menos de ochenta por ciento (80%) pagado por cada suceso.

(b) Plan medico de grupo o individual que sean certificados por el Comisario de Seguro que sea equivalente a los menos Mil quinientos dolares ($1,500).

(c) A lo menos mil quinientos ($1,500) para todos los gastos de medico o hospital.

(2) Por este medio estoy de acuerdo que esta póliza no se cancelara sin aviso por escrito al distrito por lo menos 10 días antes.

Protección de seguro en la cantidad mencionada arriba será proveída por el grupo, exhaustivo, o individual de las pólizas de seguro de accidente por aseguranzas autorizadas o por asociación de beneficios o alivio, como California Interscholastic Procection Fund, en caso de muerte o herida a miembros de equipos de atletas mientras los miembros participan o se preparan para un evento de atletas que sea promovido bajo los patrocinadores o arreglos del instituto de educación o una organización de estudiantes o mientras los miembros sean transportados por o bajo el patrocinador o arreglo del distrito escolar y organización de estudiantes de o a la escuela u otro lugar de enseñanza o de deportes. Beneficios mínimos bajo cualquiera seguro que se requiere en este párrafo será equivalente a los tres dólares y cincuenta centavos ($3.50) factor conversión que fueron aplicados los valores de los fondos que contienen en el mínimo honorario previsto adoptado por el Departamento de Relaciones Industriales del Departamento de California, efectivo octubre 1, 1966. (Ref. Ed. Code 32221).

Mantendré la cobertura mencionada arriba durante el presente ano escolar o inmediatamente notificare a la escuela si la cobertura se termina o si no esta de acuerdo con los requisitos de arriba.

Compañía de Seguro	**Numero de Póliza/Grupo.**
Día Que Se Vence La Poliza	**Fecha**
Firma de Padre o Guardián	**Nombre de Padre o Guardián – En Letra de Molde**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Medical Treatment Authorization Waiver, Release and Indemnity Agreement
Assumption of Risk for Participation in Voluntary Sports Program

Participant: _____

Description of Activity: CIF Athletics **Name of School:** Hawthorne Math & Science Academy

Date(s) of Activity: July 1, 2019 - June 30, 2020

☒ **Transportation provided by District**

By my signature below, I hereby give permission for my son/daughter to participate in the above-described activity. I realize that this activity is voluntary as part of the Hawthorne School District's sports program. I understand that this activity could cause serious illness and/or injury or death, and I assume all risks for any such illness and/or injury or death. I am aware of the transportation arrangements for this activity and acknowledge that if the school is providing no transportation, the parent/guardian has complete and sole responsibility for all transportation arrangements. I am aware that the District does not provide coverage for medical treatment in connection with this activity. If a participant does not have private medical insurance, low-cost school insurance is available through the District.

For and in consideration of permitting the above named child to participate in the activity described above, the undersigned hereby voluntarily releases, discharges, waives and relinquishes any and all actions or causes of action for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death occurring to his/her child/ward or him/herself arising in any way whatsoever as a result of engaging in said activity or any activities incidental thereto wherever or however the same may occur and for whatever period said activities may continue. The undersigned does for him/herself, his/her heirs, executors, administrators and assigns hereby release, waive discharge and relinquish any action or causes of action, aforesaid, which may hereafter arise for him/herself and for his/her estate, and agrees that under no circumstances will he/she or his/her heirs, executors, administrators and assigns prosecute, present any claim for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death against the District or any of its officers, agents, or employees for any of said causes of action, whether the same shall arise by the negligence of any of said persons, or otherwise.

The undersigned hereby acknowledges that he/she knowingly and voluntarily assumes all risks of bodily injury to his/her child/ward or him/herself, as stated, and expressly acknowledges their intention, by executing this instrument, to exempt and relieve the District, its officers, agents, and employees, from any liability for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death that may arise out of or in any way be connected with the above-described activity. I have read and understand the foregoing and have voluntarily signed this agreement. I am aware of the potential risks involved in this activity and I am fully aware of the legal consequences of signing this instrument. I further acknowledge that the District does not automatically provide for medical coverage for participants in this activity.

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care and emergency transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services

Health or special needs: Check as appropriate:

- ☐ **Participant has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required.**
- ☐ **Participant has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages:** _____
- ☐ **Other:** _____

Parent/Guardian Signature _____ **Participant Signature** _____

Parent/Guardian Name (Please Print) _____ **Date** _____ **Phone Number** _____

Health Plan _____ **Plan #** _____

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

DISTRITO ESCOLAR DE HAWTHORNE
AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO
ACUERDO DE RENUNCIA, LIBERACION E INDEMNIDAD
SUPOSICIÓN DE RIESGO POR PARTICIPACION VOLUNTARIA EN EL PROGRAMA DE DEPORTES

Participante: _____
Descripción De Actividad: CIF Atleticos Nombre De Escuela: **Hawthorne Math & Science Academy**
Fecha(s) de Actividad: _____

x Transportación proveída por el Distrito

Con mi firma, por este medio doy permiso a mi hijo/a que participe en la actividad mencionada. Me doy cuenta que esta actividad es voluntaria como parte del Programa deportivo del Distrito Escolar de Hawthorne. Yo comprendo que esta actividad puede causar una enfermedad seria y/o herida o muerte, y asumo todos los riesgos de cualquier enfermedad y/o herida o muerte. Estoy enterado/a de los arreglos de la transportación para esta actividad y reconozco que si la escuela no esta facilitando transportación, el padre/tutor tiene la responsabilidad de todos los arreglos de transportación. Estoy enterado/a que el Distrito no cubre por tratamientos médicos en conexión con esta actividad. Si algún participante no tiene seguro medico, seguro de bajo-costo de la escuela esta disponible a través del Distrito.

Para y en consideración de permitir que el niño/a mencionado participe en la actividad mencionada, el/la abajo firmante por este medio voluntariamente libera, redime, renuncia y retira cualquier y todas las acciones o causas de acción por heridas personales, lesiones corporales, daño a propiedad o muerte ilícita de su hijo/a que pueda surgir a raíz y de cualquier manera pueda ser el resultado de la participación de dicha actividad o cualquier actividad dónde sea, cuándo sea, o cómo sea lo mismo pueda ocurrir y por el tiempo que las actividades mencionadas continúen. El/la abajo firmante haga para el/ella, su beneficiario/a, ejecutores, administradores y asigna por este medio libera, redime, renuncia y retira cualquier acción o causa de acción, susodicho, que pueda de aquí en adelante surgir para el/ella y para su patrimonio, y está de acuerdo que bajo ninguna circunstancia el/ella o su beneficiario/a, ejecutores, administradores y asigne prosecución, presenten algún reclamo por heridas personales, lesiones corporales, daño a propiedad o muerte injusta contra el Distrito o cualquiera de sus oficiales, agentes o personal por cualquier causa de acción mencionada, tanto lo mismo pueda surgir por negligencia de cualquier persona mencionada, o al contrario.

El/la abajo firmante por este medio reconoce que el/ella sabiendo y voluntariamente asumiendo todos los riesgos de lesiones físicas a su hijo/a o el/ella como declarado, y expresa reconocimiento a su intención, por ejecución de este documento, redime y libera al Distrito, sus oficiales, agentes, y personal, de cualquier responsabilidad por heridas personales, lesiones físicas, daño a propiedad o muerte ilícita contra que pueda surgir de o en cualquier manera pueda estar conectado con actividad mencionada. He leído y entendido el precedente y voluntariamente firmo este contrato. Tengo plena conciencia del potencial de los riesgos envueltos en esta actividad y estoy completamente enterado/a de las consecuencias legales al firmar este documento. Reconozco que el Distrito no provee seguro medico automáticamente para los participantes en esta actividad.

Salud o necesidades especiales: Marque el adecuado

- ☐ Participante no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba conocer, y no requiere ningún medicamento.
- ☐ Participante tiene una necesidad especial, y adjunto las instrucciones. Numero de páginas adjuntas: ____.
- ☐ Otro:

En el evento de una enfermedad o daño físico, por la presente, yo doy consentimiento a cualquier examen con rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, cuidado hospitalario y transportación de emergencia que sean considerados necesarios, de acuerdo con el mejor criterio del medico que atiende el caso, el cirujano, o el dentista y que sea efectuado bajo la supervisión de un miembro del personal médico, del hospital o instalación que provea los servicios médicos o dentales.

Firma del Padre/Tutor	**Firma del Participante**
Padre/Tutor (Letra de Molde por favor)	**Fecha**
Nombre de Seguro	**Número De Teléfono**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy **Aviators**

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Parental Permission, Assumption of Risk, and Medical Treatment Authorization

School: H.M.S.A

Student's Name: _____ has permission to participate in the following study trip:

Destination/Nature of Activity: **CIF Athletics**
(Please be specific, e.g., Concert at UCLA)

Departure Date: **July 1, 2019** Time: All Day Return Date: **June 1, 2020** Time: All Day

Person in Charge: _____ **Position:** _____

Type of Transportation: ☒ **District Bus/Vehicle** ☒ **Walking**

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment, hospital care and emergency transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the study trip. As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against the Hawthorne School District (District) and hold the District, its officers, agents and employees, harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity. This waiver shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

While absent from school the children will be under the supervision of certificated teachers. This study trip is a part of the regular school program. If you wish your child to participate in this study trip, please sign and return this form

Health or special needs: Check as appropriate:

- ☐ **Participant has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required.**
- ☐ **Participant has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages:** _____
- ☐ **Other:** _____

_____ _____ _____
Signature (Parent/Guardian) **(Please Print Name)** **Date**

Work Phone ( ) _____ **Home Phone** ( ) _____

Family Medical Insurance: _____ **Policy Number:** _____
(e.g., Blue Cross)

In the event of any emergency, please contact:

_____ _____ ( ) _____ ( ) _____
(Name) **(Relationship)** **Work** **Home**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Participación Del Estudiante en un Viaje de Estudio
Voluntario Permiso de los Padres, Suposición de Riesgo, y Autorización Para Tratamiento Medico

Escuela: H.M.S.A

Nombre del Estudiante: _____ tiene permiso para participar en el siguiente viaje de estudio:

Destino/Naturaleza de Actividad: _____
(Por favor sea especifico, por ejemplo, Concierto en UCLA)

Salida Fecha: 1, de Julio 2019 Hora: Todo el dia Regreso Fecha: 1, de Junio 2020 Regreso: Todo el dia

Persona Responsable: _____ Posición: _____

Tipo de Transporte: X Bus del Distrito/Vehículo x Caminando x Otro: _____

En el evento de una enfermedad o daño físico, por la presente, yo consiento a cualquier examen con rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, cuidado hospitalario y transportación de emergencia, que sean considerados necesarios, de acuerdo con el mejor criterio del médico que atiende el caso, el cirujano o el dentista, y que sean efectuado bajo la supervisión de un miembro del personal médico, del hospital o sitio que provea los servicios médicos o dentales.

Yo entiendo perfectamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y reglamentos que gobiernan la conducta durante el viaje de estudio.

De acuerdo con lo provisto por el Código de Educación, Sección 35330, yo acepto renunciar a todo reclamo en contra del Distrito Escolar de Hawthorne (Distrito) y librar de responsabilidad al Distrito, sus oficiales, agentes y empleados, por cualquier obligación, y por todas las obligaciones o reclamos que puedan surgir de, o estar conectados con la participación de mi hijo en esta actividad. Dicha renuncia, no se aplicará a ningún suceso que pueda resultar solamente de la negligencia del distrito, sus empleados o agentes.

Mientras falten a la escuela, los niños estarán bajo la supervisión de maestros certificados. Este viaje de estudio es parte de un programa regular de la escuela. Si Uds. desean que sus hijos participen de este viaje, por favor, firmen y devuelvan este formulario.

Salud o necesidades especiales: **Marque lo apropiado**

- ☐ **Mi estudiante no tiene necesidades especiales que el personal deba conocer, y no requiere medicamento para el viaje.**
- ☐ **Mi estudiante tiene una necesidad especial, y adjunto las instrucciones. Número de paginas** _____
- ☐ **Otro:** _____

_____ **Firma (Padre/Tutor)** _____ **(Letra de Molde por favor)** _____ **Fecha**

Teléfono del Trabajo (____) _____ **Teléfono de la Casa** (____) _____

_____ **Nombre del Estudiante** _____ **Fecha de nacimiento del estudiante** _____ **Grado**

Nombre de la Aseguranza Médica de la Familia: _____ **Número de Póliza:** _____
(Por Ejemplo, Blue Cross)

Por favor llamar en caso de una emergencia:

_____ **(Nombre)** _____ **(Relacion)** (____) _____ **Trabajo** (____) _____ **Casa**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

CIF CONCUSSION INFORMATION SHEET

A concussion is a kind of brain injury. It can be caused by a bump or hit to the head, or by a blow to another part of the body with the force that shakes the head. Concussions can appear in any sport, and can look differently in each person.

Athletes with the signs and symptoms of concussion will be removed from play immediately. **There is NO same day return to play for a youth with a suspected concussion.** Student-Athletes will not be able to participate in any activity (practice or a game) until medically cleared.

Youth athletes may take more time to recover from concussion and are more prone to long-term serious problems from a concussion. There is an increasing concern that head impact exposure and recurrent concussions may contribute to long-term neurological problems.

Signs observed by teammates, parents and coaches include:

- Looks dizzy
- Looks spaced out
- Confused about plays
- Forgets plays
- Is unsure of game, score, or opponent
- Moves clumsily or awkwardly
- Slurred speeches
- Shows a change in personality or way of acting
- Can't recall events before or after the injury
- Seizures or has a fit
- Passes out
- Answers questions slowly

Symptoms may include one or more of the following:

- Headaches
- "Pressure in head"
- Nausea or throw ups
- Has trouble standing or walking
- Blurred, double, or fuzzy vision
- Bothered by light or noise
- Feeling sluggish or slowed down
- Feeling foggy or groggy
- Drowsiness
- Loss of memory
- Tired or low energy
- Sadness
- Nervous or feeling on the edge
- Irritability
- More emotional
- Confused
- Repeating the same question or comment
- Neckpain

You are receiving this information sheet about concussions because of California state law AB 25 (effectively January 1, 2012), now Education Code § 49475:

1. **The law requires a student athlete who may have a concussion during a practice or game to be removed from the activity for the remained of the day.**
2. **Any athlete removed for this reason must receive a written note from a medical doctor trained in the management of concussions before returning to practice.**
3. **Before an athlete can start the season and begin practice in a sport, a concussion information sheet must be signed and returned to the school by the athlete and parent or guardian.**

I acknowledge that I have received and read the CIF Concussion Information Sheet.

Student-Athlete Name (Printed)	Student-Athlete (Signature)	Date

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

HOJA DE INFORMACIÓN DE CIF CONTUSIÓN

Una conmoción cerebral es una clase de lesión cerebral. Puede ser causada por un golpe o golpe a la cabeza, o por un golpe a otra parte del cuerpo con la fuerza que sacude la cabeza. Las conmociones cerebrales pueden aparecer en cualquier deporte, y pueden mirarse diferentemente en cada persona.

Los atletas con los signos y síntomas de concusión serán retirados del juego inmediatamente. **No hay regreso del mismo día para jugar si un joven tiene una conmoción cerebral sospechada.**

Los atletas juveniles pueden tomar más tiempo para recuperarse de la conmoción cerebral porque son más propensos a los problemas graves a largo plazo de una conmoción cerebral. Existe una creciente preocupación de la exposición impacto de la cabeza y conmociones cerebrales recurrentes pueden contribuir a largo - plazo problemas neurológicos.

Los signos observados por sus compañeros, padres y entrenadores incluyen:

- Se ve mareado
- Parece espaciado
- Confundido sobre juegos
- Olvida las obras
- Se mueve torpemente
- No está seguro del juego, la puntuación o opositor
- Discursos tortuosos
- Muestra un cambio en la personalidad o forma de actuar
- Convulsiones o tiene un ajuste
- Pasa fuera
- Responde las preguntas lentamente
- No se pueden recordar eventos antes o después de la lesión

Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:

- Dolores de Cabeza
- "Presión en la cabeza"
- Náuseas o vómitos
- Tiene problemas para pararse o caminar
- Visión borrosa o doble
- Molestado por la luz o el ruido
- Sentirse lento
- Sensación de atontadacion
- Somnolencia
- Pérdida de memoria
- Energía baja o cansancio
- Tristeza
- Nervioso o sensación en el borde
- Irritabilidad
- Más emocional
- Confuso
- Repitiendo la misma pregunta o comentario
- Dolor de cuello

Usted está recibiendo esta hoja de información sobre las conmociones cerebrales a causa de la ley del estado de California AB 25 (efectiva 1 de enero de 20120, ahora el Código de Educación § 49475:

1. **La ley requiere que un estudiante atleta que tenga una conmoción cerebral durante una práctica o juego sea removido de la actividad por el resto del día.**
2. **Cualquier atleta eliminado por esta razón debe recibir una nota escrita de un médico entrenado en el manejo de concusiones antes de regresar a la práctica.**
3. **Antes de que un atleta pueda comenzar la temporada y comenzar a practicar en un deporte, debe firmar una hoja de información de concusión y devolverla a la escuela por parte del atleta y los padres o tutores.**

Reconozco que he recibido y leído la Hoja Informativa del CIF Concussion.

Nombre del Estudiante-Atleta (Impreso)	Estudiante-Atleta (Firma)	Fecha

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

CIF GRADED CONCUSSION SYMPTOM CHECKLIST

Name: _____ **Sport:** _____ **Hours of Sleep:** ___ **Date:** _____

- **Fill this out after a good night's sleep**
- **Grade the 22 symptoms with a score of 0 through 6.**
  - *Note that these symptoms may not all be related to a concussion.*

	None	Mild		Moderate		Severe	
Headache	0	1	2	3	4	5	6
"Pressure in head"	0	1	2	3	4	5	6
Neck Pain	0	1	2	3	4	5	6
Nausea or Vomiting	0	1	2	3	4	5	6
Dizziness	0	1	2	3	4	5	6
Blurred Vision	0	1	2	3	4	5	6
Balance Problems	0	1	2	3	4	5	6
Sensitivity to Light	0	1	2	3	4	5	6
Sensitivity to Noise	0	1	2	3	4	5	6
Feeling slowed down	0	1	2	3	4	5	6
Feeling like "in a fog"	0	1	2	3	4	5	6
"Don't feel right"	0	1	2	3	4	5	6
Difficulty concentrating	0	1	2	3	4	5	6
Difficulty remembering	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue or low energy	0	1	2	3	4	5	6
Confusion	0	1	2	3	4	5	6
Drowsiness	0	1	2	3	4	5	6
Trouble falling asleep	0	1	2	3	4	5	6
More emotional than usual	0	1	2	3	4	5	6
Irritability	0	1	2	3	4	5	6
Sadness	0	1	2	3	4	5	6
Nervous or Anxious	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL SUM OF EACH COLUMN	0						
TOTAL SYMPTOM SCORE (Sum of all column totals)							

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

C.I.F. LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS

Nombre: _____ **Deporte:** _____ **Horas dormidas:** _____ **Fech:** _____

- **Llene esto después de una buena noche de sueño**
- **Clasifique los 22 síntomas con un puntaje de 0 a 6.**
  - Tenga en cuenta que estos síntomas pueden no estar relacionados con una conmoción cerebral.

	Nada	Templado		Moderar		Grave	
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5	6
"Presión en la cabeza"	0	1	2	3	4	5	6
Dolor de cuello	0	1	2	3	4	5	6
Náuseas o vómitos	0	1	2	3	4	5	6
Mareo	0	1	2	3	4	5	6
Visiones borrosas	0	1	2	3	4	5	6
Problemas de equilibrio	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilidad a la luz	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilidad al ruido	0	1	2	3	4	5	6
Sentirse más despacio	0	1	2	3	4	5	6
Sentirse como "en una niebla"	0	1	2	3	4	5	6
"No te sientas bien"	0	1	2	3	4	5	6
Dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4	5	6
Dificultad para recordar	0	1	2	3	4	5	6
Fatiga o baja energía	0	1	2	3	4	5	6
Confusión	0	1	2	3	4	5	6
Somnolencia	0	1	2	3	4	5	6
Problemas para quedarse dormido	0	1	2	3	4	5	6
Más emocional que de costumbre	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilidad	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Nervioso o ansioso	0	1	2	3	4	5	6
SUMA TOTAL DE CADA COLUMNA	0						
TOTAL DE SÍNTOMAS PUNTUACIÓN (Suma de todos los totales de columna)							

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

SUDDEN CARDIAC ARREST INFORMATION SHEET
2019-2020

(Applicable Only for the Current School Year)

Signs and symptoms of sudden cardiac arrest may show up either during or right after athletic activity. Athletic activity includes: Interscholastic athletics, athletic competition other than interscholastic athletics, cheerleading, club-sponsored sports activities, noncompetitive cheer sponsored by a school, practices, interscholastic practices, and scrimmages for public school, charter school, or private school.

If your child reports any symptoms listed below, or if you notice the symptoms or signs yourself, your child should be seen by a physician.

Warning signs of sudden cardiac arrest include: experiencing fainting or seizures during exercise, unexplained shortness of breath, chest pains, dizziness, racing heart rate, or extreme fatigue. The risks associated with continuing to play or practice are to be evaluated by a physician.

California Education Code 33479.5 requires the pupil to be removed until cleared by a physician:

A pupil who passes out or faints while participating in or immediately following an athletic activity, or who is known to have passed out or fainted while participating in or immediately following an athletic activity, shall be removed from participation at that time by the athletic director, coach, athletic trainer, or authorized person.

A pupil who is removed from play shall not be permitted to return to participate in an athletic activity until the pupil is evaluated and cleared to return to participate in writing by a physician and surgeon, or a nurse practitioner or physician assistant practicing in accordance with standardized procedures or protocols developed by the supervising physician and surgeon and the nurse practitioner or physician assistant, as applicable.

Please sign below to indicate that you have read the above information and understand these requirements for athletic participation.

Student - Athlete (SIGNATURE)	Student - Athlete (PRINT)	Date
Parent/Guardian (SIGNATURE)	Parent/Guardian (PRINT)	Date

Note: This does not apply to Physical Education during the regular school day. Coaches are required to complete the sudden cardiac arrest training course and shall retake the training course every two years.

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

FOLLETO EXPLICATIVO SOBRE LOS ATAQUES CARDIACOS REPENTINOS 2019-2020

(Aplicable Sólo para el Año Escolar Actual)

Los síntomas y signos de un ataque cardiaco repentino pueden aparecer durante o justo después de una actividad deportiva. La actividad deportiva incluye: atletismo interescolar, competición atlética distinta al atletismo interescolar, actividades de porristas, actividades deportivas patrocinadas por clubes, actividades de porristas no competitivas patrocinadas por prácticas escolares, prácticas interescolares y partidos de práctica para escuelas públicas, escuelas particulares subvencionadas o escuelas privadas.

Si su hijo(a) reporta cualquier síntoma mencionado a continuación o si nota los síntomas o signos por usted mismo, su hijo(a) debe ser visto(a) por un médico.

Los signos de advertencia de un ataque cardiaco repentino incluyen: experimentar desmayos o convulsiones durante el ejercicio, falta de aire inexplicable, dolores en el pecho, mareos, ritmo cardiaco acelerado o fatiga extrema. Los riesgos asociados con la continuación del juego o la práctica deben ser evaluados por un médico.

El Código de Educación de California 33479.5 requiere que el/la alumno(a) sea removido(a) hasta que sea autorizado por un médico:

Un/Una alumno(a) que se desmaya o pierde el conocimiento mientras participa en o inmediatamente después de una actividad deportiva o que se sabe que se desmayó o perdió el conocimiento al participar en o inmediatamente después de una actividad deportiva, será retirado(a) de la participación en ese momento por el director(a) atlético(a), instructor, entrenador(a) atlético(a) o persona autorizada. No se permitirá que un/una alumno(a) que se retire del juego regrese a participar en una actividad deportiva hasta que el/la alumno(a) sea evaluado(a) y haya una autorización por escrito de un médico y cirujano o por una enfermera practicante o asistente médico, de acuerdo con los procedimientos estandarizados o protocolos desarrollados por el médico y cirujano supervisor y la enfermera practicante o asistente médico, según corresponda.

Por favor firme en la parte de abajo para indicar que ha leído la información anterior y entiende estos requisitos para la participación atlética.

FIRMA DEL ESTUDIANTE/ATLETA	IMPRIMIR NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ATLETA	FECHA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR	IMPRIMIR NOMBRE DEL PADRE/TUTOR	FECHA

Nota: Esto no se aplica a la Educación Física durante el día escolar regular. Los/Las entrenadores(as) están obligados a completar el curso de entrenamiento de ataque cardíaco repentino y deben retomar el curso de capacitación cada dos años

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION FOR PHOTOGRAPHING or ELECTRONIC RECORDING

I hereby consent to the photographing, or other electronic recording of: _____

Name of Student

I further authorize the use of such audio and/or visual reproductions for educational purposes, including, but not limited to, use for teacher training and in-service and/or posting on the District website or other publications related to school activities.

I understand that no monetary compensation now, or in the future, will be paid to Student or his/her parents or guardian for the District's use of such reproductions for educational or school-related purposes.

As a condition of my child's participation, I agree to waive all claims against **Hawthorne School District** and to indemnify and hold the Hawthorne School District, the Superintendent, its Board, officers, agents, and employees, harmless from any and all liability or claims, demands, losses, causes of action, suits or judgments of any kind whatsoever that I, my heirs, executors, administrators or assignees may have against the District or that any other person or entity may have against the District because of any personal injury, bodily injury, or property damage or loss that may arise out of or in any way be connected with the above-described activity. This waiver shall not apply to any occurrences that may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

Description of project: CIF Athletics

_____ _____

Signature of Parent/Guardian **Date**

Athletic Department

Hawthorne Math and Science Academy Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

PADRE / TUTOR AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR o GRABACIÓN ELECTRÓNICO

Doy mi consentimiento para el fotografiado , u otro grabación electrónico de:

_____

Nombre de estudiante

Además, autorizo el uso de este tipo de audio y / o reproducciones visuales con fines educativos , incluyendo , pero no limitado a, el uso para la formación del profesorado y en el servicio y / o la publicación en la página web del Distrito u otras publicaciones relacionadas con las actividades escolares.

Entiendo que ninguna compensación monetaria ahora o en el futuro , se prestará con el estudiante o sus padres / ella o tutor para el uso de tales reproducciones para fines educativos o relacionados con la escuela del Distrito.

Como condición para la participación de mi hijo, acepto renunciar a todo reclamo contra **Hawthorne Distrito escolar** y en compensar y mantener el Distrito Hawthorne School, la Superintendente, sus administradores, directivos, agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad o reclamos, demandas, pérdidas, causas de acción, demandas o juicios de cualquier naturaleza que yo, mis herederos, ejecutores, administradores o cesionarios pueda ejercer contra el Distrito o que cualquier otra persona o entidad puede tener en contra del Distrito debido a los daños personales, lesiones corporales o daños a la propiedad o pérdida que pueda surgir de o en modo alguno estar conectado con la actividad descrita anteriormente . Esta exención no se aplicará a cualquier incidencia que pueda surgir exclusivamente como consecuencia de la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

Descripción del proyecto : _____CIF Sports_____

_____ _____

Firma de padre/tutor **Fecha**

Hawthorne School District

Educational Excellence

2019-20 PRESCRIPTION OPIOIDS INFORMATION SHEET
(Applicable Only for the Current School Year)

Prescription opioids may be used to help relieve moderate-to-severe pain and are often prescribed following a surgery or injury, or for certain health conditions. These medications can be an important part of treatment but also come with serious risks. It is important to work with your health care provider to make sure you are getting the safest, most effective care.

WHAT ARE THE RISKS AND SIDE EFFECTS OF OPIOID USE?
Prescription opioids carry serious risks of addiction and overdose, especially with prolonged use. An opioid overdose, often marked by slowed breathing, can cause sudden death.

The use of prescription opioids can have a number of **side effects** as well, even when taken as directed:

- Tolerance – meaning you might need to take more of a medication for the same pain relief.
- Physical dependence – meaning you have symptoms of withdrawal when a medication is stopped.
- Increased sensitivity to pain
- Constipation
- Nausea, vomiting, and dry mouth
- Sleepiness and dizziness
- Confusion
- Depression
- Low levels of testosterone that can result in lower sex drive, energy, and strength
- Itching and sweating

RISKS ARE GREATER WITH:
- History of drug misuse, substance use disorder, or overdose
- Mental health conditions (such as depression or anxiety)
- Sleep apnea
- Pregnancy

Avoid alcohol while taking prescription opioids. Also, unless specifically advised by your health care provider, medications to avoid include:
- Benzodiazepines (such as Xanax or Valium)
- Muscle relaxants (such as Soma or Flexeril)
- Hypnotics (such as Ambien or Lunesta)
- Other prescription opioids

KNOW YOUR OPTIONS

Talk to your health care provider about ways to manage your pain that don't involve prescription opioids. Some of these options **may actually work better** and have fewer risks and side effects. Options may include:

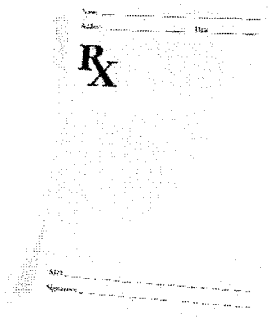
- Pain relievers such as acetaminophen, ibuprofen, and naproxen
- Some medications that are also used for depression or seizures
- Physical therapy and exercise
- Cognitive behavioral therapy, a psychological, goal-directed approach, in which patients learn how to modify physical, behavioral, and emotional triggers of pain and stress.

IF YOU ARE PRESECRIBED OPIOIDS FOR PAIN

- Never take opioids in greater amounts or more often than prescribed.
- Follow up with your primary health care provider
    - Work together to create a plan on how to manage your pain
    - Talk about ways to help manage your pain that don't involve prescription opioids
    - Talk about any and all concerns and side effects.
- Help prevent misuse and abuse.
    - Never sell or share prescription opioids
    - Never us another person's prescription opioids
- Store prescription opioids in a secure place and out of reach of others including visitors, children, friends, and family.
- Safely dispose of unused prescription opioids: Find your community drug take-back program or your pharmacy mail-back program, or flush them down the toilet, following guidance from the Food and Drug Administration (**www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou**).
- Visit **www.cdc.gov/drugoverdose** to learn about the risks of opioid abuse and overdose.
- If you believe you may be struggling with addiction, tell your health care provider and ask for guidance or call SAMHSA's National Helpline at 1-800-662-HELP.

Be Informed! Make sure you know the name of your medication, how much and how often to take it, and its potential risks and side effects.

For more information, visit: **www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html**



Cut and RETURN bottom portion only. Please keep upper portion for your information.

I have reviewed and understand the provided document regarding prescription opioid information:

Student-athlete Name	Student-athlete Signature	Date
Parent or Legal Guardian Name	Parent or Legal Guardian Signature	Date

Distrito Escolar de Hawthorne

Excelencia Educativa

FORMULRIO DE RECETAS DE ESTUFICIENTES

(Aplicable solo para el año escolar actual)

Los opioides recetados se pueden usar para ayudar a aliviar el dolor moderado a severo y usualmente se recetan después de una cirugía o lesión, o para ciertas condiciones médicas. Estos medicamentos pueden ser una parte importante del tratamiento, pero también llevan riesgos graves. Es importante trabajar con su proveedor médico para asegurarse de que esté recibiendo la atención más segura y efectiva.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ESTUFICIENTES?

Los opioides recetados llevan graves riesgos de adicción y sobredosis, especialmente con el uso prolongado. Una sobredosis de opioides recetados, marcada por respiración lenta, a menudo puede causar la muerte súbita.

El uso de opioides recetados también puede tener varios efectos secundarios, incluso cuando se toma según las indicaciones:

- Tolerancia - lo que significa que podría necesitar tomar más de un medicamento para el mismo alivio del dolor.
- Dependencia física –lo que significa que tiene síntomas de abstinencia cuando se suspende el uso de un medicamento.
- Mayor sensibilidad al dolor
- Estreñimiento
- Náuseas, vómitos y sequedad de boca
- Somnolencia y mareos
- Confusión
- Depresión
- Bajos niveles de testosterona que pueden resultar en un menor deseo sexual, energía y fuerza
- Comezón y sudoración.

LOS RIESGOS SON MAYORES CON:

- Historial de uso indebido de drogas, trastorno por uso de sustancias o sobredosis
- Condiciones de salud mental (como depresión o ansiedad)
- Apnea del sueño
- El embarazo

Evite el alcohol mientras esté tomando opioides recetados. Además, a menos que su proveedor médico lo indique específicamente, los medicamentos que debe evitar incluyen:

- Benzodiacepinas (como Xanax o Valium)
- Relajantes musculares (como Soma o Flexeril)
- Hipnóticos (como Ambien o Lunesta)
- Otros opioides recetados

CONOCE TUS OPCIONES

Hable con su proveedor de atención médica sobre formas de controlar su dolor que no impliquen opiodes recetados. Algunas de estas opciones **pueden funcionar mejor** y tener menos riesgos y efectos secundarios. Las opciones pueden incluir:

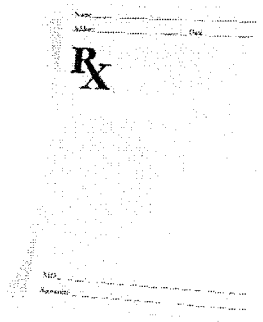
- Analgésicos como el paracetamol, ibuprofeno y naproxeno
- Algunos medicamentos que también se usan para la depresión o las convulsiones.
- Fisioterapia y ejercicio.

- Terapia cognitiva conductual, un enfoque psicológico orientado hacia el objetivo, en el que los pacientes aprenden cómo modificar los desencadenantes físicos, conductuales y emocionales del dolor y el estrés.

SI TIENES OPIOIDES PRESCRITOS PARA EL DOLOR

- Nunca tome opioides en cantidades mayores o con mayor frecuencia de lo recetado.
- Haga un seguimiento con su proveedor de atención medica
    - Trabajen juntos para crear un plan para el mantenimiento de su dolor
    - Hable sobre maneras de ayudar a controlar su dolor que no involucren opioides recetados
    - Hable acerca de todas y cada una de las preocupaciones y efectos secundarios.
- Ayude a prevenir el mal uso y abuso.
    - Nunca vender o compartir opioides recetados
    - Nunca use opioides de otra persona
- Guarde los opioides recetados en un lugar seguro y fuera del alcance de otros, incluyendo a los visitantes, los niños, los amigos y la familia.
- Deseche de forma segura los opioides recetados que no haya utilizado: encuentre el programa de devolución de medicamentos de la comunidad o el programa de devolución de medicamentos de su farmacia o deséchelos en el excusado siguiendo las instrucciones de la Administración de Medicamentos y Alimentos (**www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou**).
- Visite **www.cdc.gov/drugoverdose** para conocer los riesgos del abuso de opioides y la sobredosis.
- Si cree que puede estar luchando contra la adicción, infórmeselo a su proveedor de atención médica y solicite orientación o llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA al 1-800-662-HELP.

¡Manténgase informado! Asegúrese de saber el nombre de su medicamento, cuánto y con qué frecuencia debe tomarlo, y sus posibles riesgos y efectos secundarios.



Para más información visite:**www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html**

Por favor corte y REGRESE la parte inferior solamente. Mantenga la información anterior para su información.

He revisado y entiendo el documento provisto con respecto a la información de opioides recetados:

Nombre del estudiante-atleta	Firma del estudiante-atleta	Fecha
Nombre del padre o tutor legal	Firma del padre o tutor legal	Fecha