

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

COMPLETAR EL FORMULARIO SOLAMENTE EN TINTA AZUL/NEGRA

Nombre de Estudiante _____ Año Escolar _____ Grado _____

Deporte(s) _____

Padre de Familia/Tutor Legal: Leer las siguientes declaraciones acerca de la participación en un programa deportivo interescolar de las Escuelas Públicas de Albuquerque (APS). Se requiere que un padre de familia/tutor legal repase la siguiente información y que la reconozca por medio de sus iniciales después de cada sección.

Reconocimiento de Riesgo de Lesiones: Yo, padre de familia/tutor legal, y el estudiante nombrado reconocemos que la preparación y la participación en deportes interescolares implica un riesgo de lesiones graves y permanentes para el estudiante. Entendemos y reconocemos el peligro de estas lesiones graves como inherentes a la actividad física/contacto en todos los deportes. Iniciales _____

Consentimiento para Participar: Yo, padre de familia/tutor legal, doy mi consentimiento para que el estudiante designado participe en deportes interescolares de APS según lo dispuesto por APS y para que represente a la escuela que se indica a continuación como integrante del equipo de acuerdo con las políticas y las condiciones establecidas por el distrito escolar, la administración de la escuela y los entrenadores deportivos. Iniciales _____

Nombre de Escuela _____

Declarar cualquier deporte en el que **no** se otorgue consentimiento para participar al estudiante nombrado _____

Responsabilidad Financiera por Atención Médica: Se acuerda que la responsabilidad financiera de asegurar el cuidado de las lesiones deportivas es un asunto entre el padre de familia/tutor legal y el proveedor de atención médica. APS no se responsabilizará por el pago de proveedores de atención médica por el tratamiento del estudiante nombrado. Iniciales _____

Seguro: Es un requisito contar con seguro médico y contra accidentes, antes de probarse, llevar a cabo prácticas o participación en deportes interescolares. El seguro puede adquirirse de parte de un proveedor privado o bien de parte de un proveedor contratado a través de APS por una tarifa nominal. Comuníquese con el personal de su escuela para obtener una solicitud. Iniciales _____

Exámenes Físicos: La Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas de inglés) requiere exámenes físicos para todos los participantes en deportes que deseen participar en pruebas, prácticas y eventos. El examen físico debe estar fechado para el **1 de abril o bien con fecha posterior** para que sea válido para el **siguiente** año escolar. Los exámenes físicos para deportes con fecha **anterior** al 1 de abril de un año calendario **no serán válidos** en la fecha de inicio de la NMAA para deportes durante el siguiente año escolar. Iniciales _____

Aviso de Lesiones: La información relacionada con el cuidado, la disposición y el tratamiento de las lesiones deportivas se compartirá solo con el entrenador deportivo de la escuela secundaria superior del estudiante, el director deportivo de la escuela, el médico tratante, el médico del equipo, el enfermero escolar y/o el entrenador del equipo, según corresponda y solo cuando sea necesario saberlo, durante el tiempo que el estudiante participa en la escuela. La información facilitada a un tercero de parte de proveedores de atención médica de la escuela solo puede ocurrir con el permiso por escrito de los padres de familia/tutores legales. Iniciales _____

Responsabilidades de Transporte: Se acuerda que el padre de familia/tutor legal y el estudiante asumirán las responsabilidades legales por la seguridad personal y por toda acción del estudiante nombrado mientras viajan hacia y desde las prácticas y partidos cuando APS no facilita el transporte. Cuando APS facilita el transporte, la política requiere que los estudiantes utilicen dicho transporte hacia y desde las prácticas y los partidos. Cualquier excepción debe ser acordada y aprobada por el director deportivo de la escuela o por la administración de la escuela antes de la salida, y de acuerdo con las políticas establecidas para los viajes. Iniciales _____

Yo, padre de familia/tutor legal y el estudiante hemos leído, y entendido completamente, y voluntariamente aceptamos y acordamos con todos los términos y condiciones anteriores.

Firma de Padre de Familia/Tutor Legal

Fecha

Parentesco

Firma de Estudiante Deportista

Fecha



EXAMEN MÉDICO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO INTERESCOLAR

6600 Palomas NE
Albuquerque, NM 87109
www.nmact.org

Nota: La NMAA no necesita una copia de este formulario. Por favor devuelva al Departamento Atlético de la escuela.

Información de emergencia – Padres por favor llene antes de examen.

Nombre del estudiante atleta (<i>Último, primero, M.I.</i>):				
Domicilio:			Grado de:	
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:	
Nombre del padre o tutor				
Domicilio:			Teléfono:	Trabajo:
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	Célula:
Contacto de emergencia			Teléfono:	Trabajo:
<i>Nombre</i>	<i>relación</i>		Célula:	
Dirección:				
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	
Seguro del participante: Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes / lesiones antes de la participación.				
Compañía de seguros		Número de póliza		Identificación de grupo
DEPORTE/ACTIVIDAD ESTUDIANTE PARTICIPARÁ EN (MARQUE TODOS QUE APLICAN)				
Deportes y actividades				
<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Cheer	<input type="checkbox"/> Football	<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/> Volleyball
<input type="checkbox"/> Basketball	<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Wrestling
<input type="checkbox"/> Bowling	<input type="checkbox"/> Dance	<input type="checkbox"/> Soccer	<input type="checkbox"/> Track/Field	<input type="checkbox"/> Other _____
<p>Por favor responder todas preguntas de la historia de la salud en la página siguiente antes de su visita al médico. Por favor llene la información personal del estudiante atleta (nombre, género y fecha de nacimiento) en cada página del formulario y devolver todo el paquete al Departamento Atlético de la escuela.</p>				

Reconocimiento COVID-19	
Soy consciente de que existe un riesgo inherente de lesiones y / o enfermedades asociadas con la participación en actividades deportivas y otorgo permiso para que mi hijo participe en las actividades de NMAA durante la actual pandemia de COVID-19.	
Firma del estudiante	fecha
Padre o Tribunal nombrado Tutor Legal firma	fecha

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

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

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Si	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrofica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Si	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Si	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)			
	Si	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?			
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
ÚNICAMENTE MUJERES		Si	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports with recommendations for further evaluation or treatment of _____
- Medically eligible for certain sports _____
- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

- Medically eligible for certain sports

- Not medically eligible pending further evaluation

- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

© 2019 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.



CONMOCION EN DEPORTES

Una Hoja Informativa para Padres y Atletas

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una concusión es una lesión que cambia cómo funcionan normalmente las células en el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que hace que el cerebro se mueva rápidamente dentro del cráneo. Aún, un "tope de cabeza" o "sentirse como mareado," o lo que parece ser un mediano golpe en la cabeza pueden ser serios. Conmociones pueden ser el resultado de una caída o de jugadores chocándose con otro atletas o con obstáculos, como un poste.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN

Observado por el atleta

- Dolor de cabeza
- Nausea o vomitina
- Problemas de equilibrio o mareos.
- Visión doble o borrosa
- Molestado por luz
- Molestado por ruido
- Sentimiento moroso, taranteado o mareado
- Problemas en prestando atención
- Problemas en recordando
- Confusión
- No "se siente bien"

Observados por los padres/ tutores

- Está confundido acerca de cesión o posición
- No está seguro del partido, el tanteo, o oponente
- movimiento torpe
- Contesta preguntas despacio
- Falta conciencia (poco tiempo)
- Muestra los cambios de comportamiento o personalidad. No puede recordarse de lo que pasó después de una caída o un golpe
- Aparece atontado o aturdido

QUÉ HACER SI LAS SEÑALES/LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁN

Atleta

- ¡INMEDIATAMENTE, DIGALE A SU ENTRENADOR!
- Dígale a sus padres
- Busca atención Medical
- Darse tiempo para recuperar

Pariente/ Tutor

- Busca atención de Medico
- Mantenga a su hijo fuera de juego
- Discutir un plan para volver a participación con su entrenador

Es mejor perder un partido que toda la temporada.

Tomase tiempo para recuperar. Si usted ha tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro todavía esta sanando, es mucho mas probable a tener una segunda conmoción. Conmoción cerebral de Segundo o posterior puede causar daño al cerebro. Es importante descansar hasta la aprobación de un médico o un médico profesional para volver a jugar.

VOLVER A PAUTAS DE JUEGO EN SB38

1. Eliminar inmediatamente de la actividad cuando muestra señales o tiene síntomas.
2. No debe volver a la actividad antes de un mínimo de 240 horas (10 días).
3. Liberación de un médico profesional requerido para el retorno. Siga el retorno del distrito escolar para reproducir las pautas.
4. Entrenadores continúan supervisar para las muestras/síntoma desde atléticos vuelva a actividad.

Los estudiantes necesitan descanso cognitiva desde el aula, los mensajes de texto, teléfonos celulares, etc.

REFERENCIAS EN EL PROYECTO DE LEY SENADO 38 Y LESIONES CEREBRALES

Senate Bill 38:

<https://www.nmlegis.gov/Sessions/17%20Regular/final/SB0038.pdf>

Para más información sobre lesiones cerebrales consulte los siguientes sitios web:

<http://nfhslearn.com/courses/61059/concussion-for-students>

<http://www.nfhs.org/resources/sports-medicine>

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

<http://www.stopsportsinjuries.org/concussion.aspx>

<http://www.ncaa.org/health-and-safety/medical-conditions/concussions>



FIRMAS

Al firmar abajo, el padre / guardián y el atleta reconocen lo siguiente:

- ◆ Ambos han recibido y revisado la hoja de datos de Atletismo y Padres de la NMAA en Concusión en Deportes.
- ◆ Ambos comprenden los riesgos de lesiones cerebrales asociadas con la participación en la actividad atlética de la escuela, y son conscientes de la Ley del Estado del Senado de Nuevo México 38; Ley de concusión.
- ◆ El atleta ha recibido entrenamiento de lesión cerebral de acuerdo con la Ley 38 del Senado.

Firma de Atleta

Escriba Nombre

Fecha

Firma de Padres/ Tutor

Escriba Nombre

Fecha

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA ATLETAS Y ACTIVIDADES

Es la responsabilidad de los padres/tutores y de los estudiantes que participan en deportes y/o actividades sancionadas por la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA) leer y familiarizarse con los términos y requisitos del Código de Conducta de Atletismo y Actividades de las Escuelas Públicas de Albuquerque (APS). Un estudiante o su padre/tutor legal puede obtener una explicación de cualquier parte de este código del director atlético de la escuela, director de actividades o director.

El padre/tutor legal y el estudiante deben firmar el formulario adjunto para reconocer que este código ha sido leído, es entendido por el estudiante y el padre/tutor legal y cada uno de ellos se compromete a cumplirlo.

Los entrenadores/patrocinadores no permitirán que un estudiante practique, juegue o participe en el deporte/actividad hasta que el acuerdo de reconocimiento firmado por el estudiante haya sido devuelto al entrenador/patrocinador.

CONDICIONES GENERALES DE PARTICIPACIÓN

El desarrollo del carácter y la conducta adecuada que promueven el atletismo y las actividades es fundamental para la misión educativa de la escuela. Los estudiantes que participan en atletismo/actividades tienen un estándar de conducta más alto ya que son representantes de su escuela y distrito escolar y sirven como modelos a seguir para otros.

La participación en todos los deportes y actividades es un privilegio ofrecido a los estudiantes y puede ser retirado basado en la falta de adherirse a los más altos estándares de conducta personal y comportamiento ético. La participación en actividades extracurriculares y la membresía continuada también pueden estar determinadas por la actitud, puntualidad y asistencia del estudiante.

Todos los estándares, reglas y requisitos en el Código de Conducta de Atletismo y Actividades de APS son adicionales a los estándares, reglas y requisitos establecidos por el deporte/actividad, la escuela, las Escuelas Públicas de Albuquerque y la Asociación de Actividades de Nuevo México.

NORMAS GENERALES DE CONDUCTA

Las normas del Código de Conducta de Atletismo y Actividades de APS designan las expectativas para los estudiantes que participan en actividades extracurriculares tales como atletismo, banda de concierto, discurso y debate, simulacros de juicios y otras actuaciones y/o competencias patrocinadas por la escuela. El desempeño de los estudiantes y/o las competencias en actividades co-curriculares que contribuyen a una calificación en las clases académicas no están incluidas en el Código de Conducta de Atletismo y Actividades de APS.

Los participantes en atletismo y actividades son considerados como representantes de las Escuelas Públicas de Albuquerque y se espera que se comporten como modelos ejemplares de los estudiantes de APS en todas las competencias y eventos. Las acciones disciplinarias bajo este código se impondrán en base a los mejores intereses del equipo/grupo y de la escuela y los mejores intereses educativos del estudiante que está siendo disciplinado. Las expectativas de conducta establecidas en este código se aplican a cada estudiante y están en efecto durante todo el año escolar en el que un estudiante es miembro de un equipo atlético o una actividad extracurricular.

NORMAS GENERALES DE CONDUCTA (continuación)

Un estudiante será removido y/o suspendido de un deporte o actividad por violaciones a las reglas del equipo/grupo, reglas de la escuela y/o reglas del distrito escolar como se especifica en el Manual del Estudiante de APS. Se pueden tomar medidas disciplinarias por conducta considerada inapropiada, independientemente de si dicha conducta tiene lugar dentro o fuera del campus y de si dicha conducta tiene lugar durante el horario escolar o en cualquier otro momento. Un estudiante acusado o sospechoso de conducta inapropiada puede ser suspendido de su deporte o actividad en espera de una investigación. La conducta inapropiada incluye pero no se limita a:

- El uso o posesión de bebidas alcohólicas, drogas o suplementos ilegales, tabaco en cualquier forma y/o drogas que mejoran el rendimiento o asistencia a una fiesta u otra reunión en la cual cualquiera de las sustancias mencionadas anteriormente están presentes y/o están siendo usadas como se menciona en el Manual Estudiantil de APS.
- Participación en actividades de intimidación y/o novatadas como parte de la iniciación de un equipo/grupo o rito de iniciación. Los programas o individuos que participan en actividades de intimidación y/o iniciación de novatos pueden ser puestos en periodo de prueba, suspensión u otras consecuencias administradas por la administración de la escuela.
- El uso de los medios de comunicación social se considera inaceptable, inapropiado o causa una interrupción del proceso educativo.

NORMAS DE ASISTENCIA PARA LA PARTICIPACIÓN

Se espera que los estudiantes asistan a un mínimo de medio día escolar (o según lo determinado por la administración de la escuela) para ser mínimamente elegibles para participar en una práctica, competencia, actividad o desempeño programado en la misma fecha.

La participación en actividades nocturnas o competiciones no afectará la asistencia a la escuela al día siguiente. Al actuar o competir durante el día escolar, se espera que los estudiantes regresen a clases inmediatamente después del evento.

No se les permite a los estudiantes participar mientras estén sirviendo una suspensión escolar, dentro o fuera de la escuela. Un estudiante suspendido será removido de todas las actividades relacionadas con el equipo/grupo por el tiempo que dure la suspensión y podrá reanudar la participación en el equipo/grupo el día en que se le permita al estudiante regresar a clase.

OTRAS DIRECTRICES

Los entrenadores/patrocinadores pueden establecer reglas de equipo/grupo que excedan las condiciones y pautas del Código de Conducta de Atletismo y Actividades de APS, previa aprobación del director de atletismo/actividades. Los estudiantes que violen las reglas y normas del equipo/grupo o cuya conducta sea perjudicial para la cohesión o el éxito del equipo/grupo estarán sujetos a medidas disciplinarias que pueden incluir, entre otras, la reducción del tiempo de juego/participación, la suspensión de juegos o eventos y la suspensión o el despido de los equipos/grupos.

Los padres/tutores legales de los estudiantes que participan en deportes revisarán el Código de Expectativas de Atletismo para Padres/Tutores Legales de APS y se adherirán y cumplirán con todas las obligaciones. En caso de que un padre/tutor legal no cumpla con estas obligaciones, la administración de la escuela y el distrito escolar se reservan el derecho de imponer sanciones, incluyendo medidas disciplinarias que pueden incluir, entre otras, ser retirado de manera temporal y/o permanente de la actividad y expulsado de todos los eventos futuros.

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE

RECONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA DE ATLETISMO Y ACTIVIDADES

El padre/tutor legal y el estudiante abajo firmantes declaran que:

- Hemos leído el Código de Conducta de Atletismo y Actividades de las Escuelas Públicas de Albuquerque (APS) y entendemos sus términos, condiciones y estándares.
- Acordamos cumplir con los términos, condiciones y estándares del Código de Conducta de Atletismo y Actividades de APS.
- Entendemos que es nuestra responsabilidad estar al tanto y adherirnos a los estándares, reglas y requisitos adicionales establecidos por cada deporte/actividad en la que el estudiante participa, la(s) escuela(s) a la que asiste, las Escuelas Públicas de Albuquerque y la Asociación de Actividades de Nuevo México.
- Entendemos que es nuestra responsabilidad mantener este documento y referirnos a él durante todo el año escolar a medida que surjan problemas o preguntas específicas.

**Deportes en los que participa
(marque todos los que correspondan):**

Béisbol
 Baloncesto – masculino
 Baloncesto – femenino
 Porristas
 Corrida campo a través – masculino
 Corrida campo a través – femenino
 Baile
 Fútbol americano
 Golf – masculino
 Golf – femenino
 Fútbol – masculino
 Fútbol – femenino
 Sófbol
 Natación y clavado – masculino
 Natación y clavado – femenino
 Tennis – masculino
 Tennis – femenino
 Pista y campo – masculino
 Pista y campo – femenino
 Voleibol
 Lucha libre

**Actividades en las que participa
(marque todas las que correspondan):**

Desafío de entrenamiento atlético
 Bowling
 Profesionales de Negocios de América
 Ajedrez
 Coro
 Banda de concierto
 DECA
 eSports
 Educators Rising
 English Expo
 FCCLA
 FFA Educación Agrícola
 HOSA
 JROTC
 Juicio simulado
 Producción en un solo acto
 Rodeo
 Publicaciones Escolares
 Feria de Ciencia
 Olimpiadas de Ciencia
 Skills USA
 Discurso & Debate
 Consejo Estudiantil
 Asociación de Estudiantes de Tecnología

Nombre del estudiante (impreso)

Número de estudiante

Año escolar

Firma del estudiante

Fecha

Firma de padre/tutor legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA FORMA

El consentimiento de los padres para atletas menores generalmente se requiere para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de heridas y enfermedades, junto con decisiones sobre el retorno a jugar después de una herida o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para proporcionar el consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y seguridad de los atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor.

En consecuencia, como miembro de la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas en inglés),

_____ (nombre de la escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que un padre / tutor legal dé su consentimiento por escrito para la prestación de la medicina deportiva necesaria servicios a su atleta menor por parte de un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado por la escuela / distrito / NMAA, en la medida en que QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante / atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador atlético, un médico / médico osteópata, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia del estado de Nuevo México (o el estado en el que se encuentra el estudiante / atleta en el momento en que ocurre la herida / enfermedad) y quién está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Nuevo México. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico o un técnico médico de emergencias certificado, pero solo con el propósito de proporcionar atención y transporte de emergencia según lo estipulado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

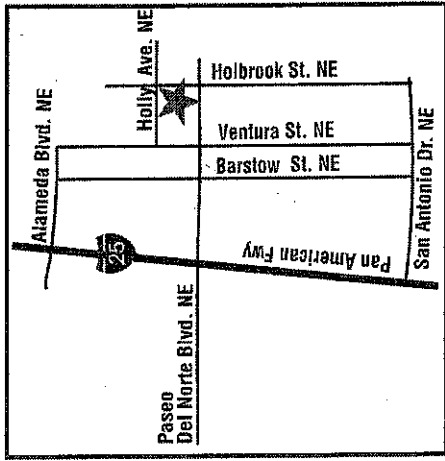
POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE O TIPO

"Yo, _____ el abajo firmante, soy el padre / tutor legal de,

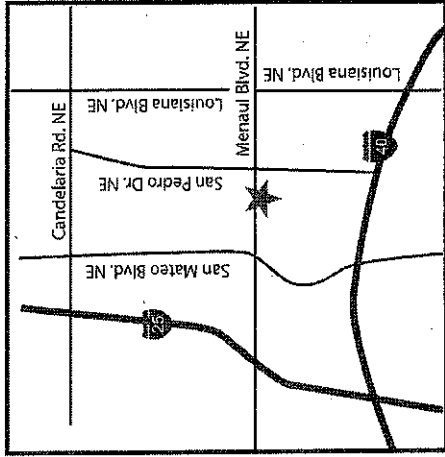
_____, un menor y estudiante-atleta en _____ (nombre de la escuela o distrito) que pretende participar en deportes y / o actividades interescolares. Entiendo que la escuela / distrito / NMAA puede emplear o designar QMP's (como se definió anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se definió anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela / distrito, durante las cuales otros QMP son responsables por proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para que preporcione servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el retorno al juego de acuerdo con el alcance de la práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Nuevo México lo limite. También entiendo que la documentación correspondiente a cualquier servicio de medicina deportiva que se preporciona al menor antes mencionado, puede ser mantenida por el QMP. Por la presente autorizo al QMP que preporciona dichos servicios al menor antes mencionado para que divulgue dicha información sobre la herida / enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de vuelta al juego del atleta a aquellos que, según el criterio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y una recuperación de la herida / enfermedad, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores, al director deportivo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del salón de clases que tenga que proporcionar alojamiento académico para asegurar la recuperación y el retorno seguro de la actividad del estudiante atleta, y cualquier QMP que lo trate.

Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la herida o enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una herida / enfermedad deben ser tomadas por el QMP empleado / designado por la escuela / distrito / NMAA."

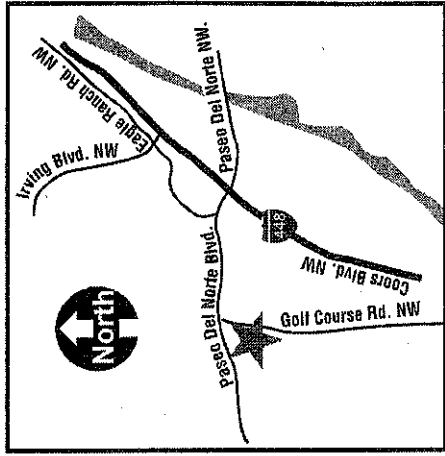
Fecha: _____ Firma: _____



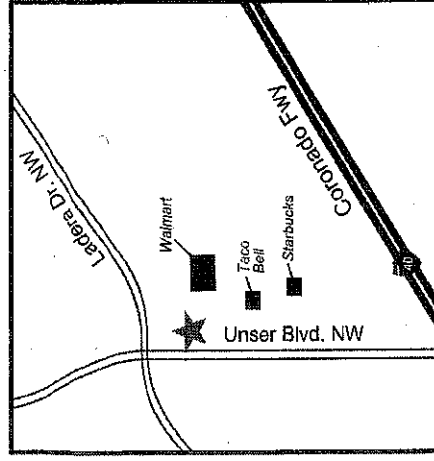
9551 Paseo Del Norte Blvd. NE #D
 Albuquerque, NM 87122



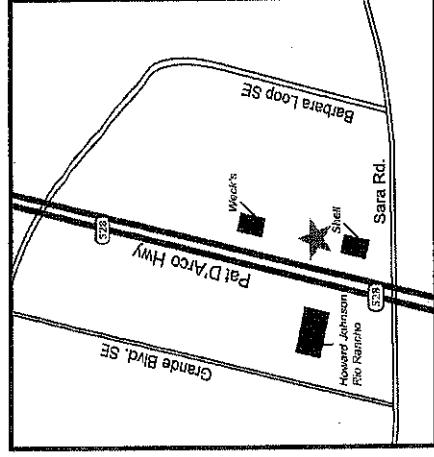
5504 Menaul Blvd. NE #F
 Albuquerque, NM 87110



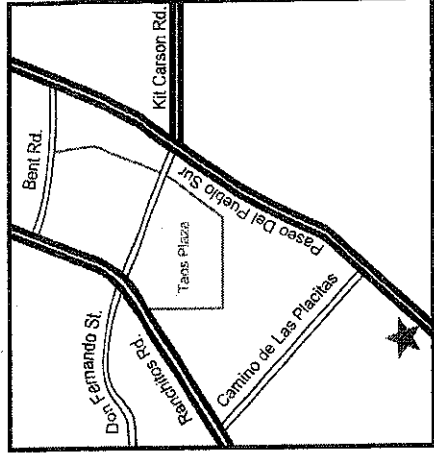
8201 Golf Course Road NW #A3
 Albuquerque, NM 87120



1800 Unser Blvd., #500
 Albuquerque, NM 87120



1630 Rio Rancho Dr. SE #101
 Rio Rancho, NM 87124



330 C Paseo Del Pueblo Sur
 Taos, NM 87571

