

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

ESTUDIANTES/PADRES

1. Complete el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) ANTES de su cita con su proveedor de servicios médicos.
2. Firme al final del Formulario del Historial (página 2).
3. Complete la sección de Información de Emergencia Compartida del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4).
4. Firme al final del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) DESPUÉS que se haya completado el examen físico previo a la participación y ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
5. Revise la Lista de Verificación de Elegibilidad del Estudiante (página 5) Y FIRME al final de la página ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
6. Revise y firme el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza proporcionado por la escuela

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

1. Revise el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) con el estudiante y su padre/tutor como parte del examen físico previo a la participación.
2. Complete el Formulario del Examen Físico (página 3) Y FIRME al final de la página 3.
3. Complete el Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) Y FIRME la página 4.

NOTA: Se le requieren dos firmas al proveedor de servicios médicos.

ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA Y PERSONAL MÉDICO ESCOLAR

1. Recolecte los formularios PPE completos con las firmas pertinentes en las páginas 2 a 5. ÚNICAMENTE el personal con una necesidad médica o educativa para revisar esta información debe tener acceso al formulario de PPE. Los formularios deben mantenerse seguros y confidenciales en todo momento. Los entrenadores NO deben recoger el PPE en la práctica.
2. Según la norma de su escuela, determine qué personal médico o personal administrativo responsable de revisar y difundir la información médica del estudiante provista en el formulario. [Garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)]*
3. Provea copias del Formulario de Elegibilidad Médica al personal apropiado con responsabilidad supervisora de las actividades extracurriculares (entrenadores, patrocinadores, etc.).
4. Recolecte el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza firmado por el estudiante y el padre/tutor.

* Se anima a las escuelas a tener normas vigentes que identifiquen quién tiene acceso completo a la información de salud privada de un estudiante que se encuentra en el formulario PPE. El Formulario de Elegibilidad Médica puede ser usado de manera independiente para compartir con el personal que no necesite acceso completo a la información de salud privada que se encuentra en el formulario PPE.

El historial y el examen físico anual no se deben tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable. La KSHSAA recomienda que los atletas/porristas completen esta evaluación al menos un mes antes de la primera práctica para dar tiempo a la corrección de deficiencias y a la implementación de las recomendaciones de acondicionamiento.





EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN - PPE

El PPE se requiere anualmente y no se debe tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable.

FORMULARIO DEL HISTORIAL (Las páginas 1 y 2 deben ser completadas por el estudiante y el padre/tutor antes del examen físico)

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|
| Nombre _____ | *sexo al nacer _____ | Edad _____ | Fecha de nacimiento _____ |
| Grado _____ | Escuela _____ | Deporte(s) _____ | |
| Dirección _____ | | Teléfono _____ | |
| Médico personal _____ | Email del padre _____ | | |

*En casos de trastorno del desarrollo sexual (DSD), la designación del sexo al nacer puede retrasarse por un período de tiempo hasta que los proveedores médicos y la familia puedan tomar la determinación adecuada.

Anote condiciones médicas pasadas y presentes: _____

¿Ha tenido alguna vez una cirugía? En caso afirmativo, anote todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido: _____

Medicinas y Alergias:

Anote los medicamentos recetados y de venta libre, inhaladores y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) que está tomando actualmente: _____ No medicamentos

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, identifique abajo la alergia específica.

Medicinas _____ Polen _____ Alimentos _____ Picadura de insectos _____

¿Cuál fue la reacción? _____

PREGUNTAS GENERALES:

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar con su médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene algún problema médico actualmente o enfermedad reciente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREGUNTAS SOBRE USTED RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmaya durante o después del ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez su corazón se ha acelerado, latido fuerte o no ha latido (latidos irregulares) durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema del corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez un médico ha requerido un examen de su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se ha sentido un poco mareado o sin aliento comparado con sus amigos durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:

| | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. ¿Algún miembro de la familia o pariente falleció por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (MCH), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía ventricular derecha arritmica (ARVC), el síndrome QT largo (LQTS), el síndrome QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la catecolaminérgica ¿Taquicardia ventricular polimórfica (TVPC)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES:

| | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 15. ¿Alguna vez ha tenido una fractura o lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o juego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que haya requerido rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones o terapia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o afección en la columna (cervical, torácica, lumbar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Usa regularmente o ha tenido una lesión que requirió el uso de aparatos ortopédicos, muletas, yeso, u otro dispositivo de asistencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que le molesta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil, otras enfermedades autoinmunes u otras afecciones genéticas congénitas (ejemplo, Síndrome de Down o enanismo)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

| PREGUNTAS MÉDICAS: | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 22. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamento para el asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), su bazo u otros órganos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, una protuberancia, un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Tiene salpullidos recurrentes en la piel o infecciones cutáneas que van y vienen, incluido el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿cuántos? | | |
| ¿Cuál es el tiempo más largo que tardó en recuperarse por completo? | | |
| ¿Cuándo fue dado de alta por última vez? | | |
| 29. ¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos (incluidos los agujones / quemadores) o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haberse golpeado o caído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio bajo el calor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la vista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ¿Usa anteojos protectores, como gafas o una careta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ¿Le preocupa su peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ¿Cómo identifica actualmente su género/sexo? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro | | |

| 41. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (marque la caja) | NINGUNA VEZ | | | | VARIOS DÍAS | | | | LA MITAD DE LOS DÍAS | | | | CASI TODOS LOS DÍAS | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentirse nervioso, ansioso o tenso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No poder parar o controlar las preocupaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poco interés o placer en hacer las cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentirse bajo, deprimido o desesperado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Una suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección) Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

| MUJERES ÚNICAMENTE: | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 42. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. En caso afirmativo, ¿está experimentando algún problema o cambio con la participación en deportes? (ejemplo, irregularidad, dolor, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? | | |
| 45. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente? | | |
| 46. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses? | | |

Explique aquí todas las respuestas "Sí"

Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada en las páginas 1 y 2 es precisa y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo.

 Firma del padre/tutor _____ Fecha _____
 Firma del estudiante-atleta _____ Fecha _____

KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|------------------|----------------------------|
| Name _____ | Date of birth _____ | | | | | |
| Date of recent immunizations: | Td _____ | Tdap _____ | Hep B _____ | Varicella _____ | HPV _____ | Meningococcal _____ |

PHYSICIAN REMINDERS

1. 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 adhere to safe sex practices?

2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14 of History Form).

3. Per Kansas statute, any school athlete who has sustained a concussion shall not return to competition or practice until the athlete is evaluated by a healthcare provider and the healthcare provider (MD or DO only) provides such athlete a written clearance to return to play or practice.

4. Per Kansas Statute, students indicated as biological male at birth may not participate on girls teams.

| EXAMINATION | |
|---|--|
| Height _____ | Weight _____ |
| Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> | BP (reference gender/height/age chart)**** / (/) Pulse _____ |
| Vision R 20/ _____ | L 20/ _____ |
| Corrected: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| MEDICAL | NORMAL |
| Appearance - Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) | |
| Eyes/ears/nose/throat - Pupils equal, Gross Hearing | |
| Lymph nodes | |
| Heart * - Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) | |
| Pulses - Simultaneous femoral and radial pulses | |
| Lungs | |
| Abdomen | |
| Skin - Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis | |
| Neurological*** | |
| Genitourinary (optional-males only)** | |
| MUSCULOSKELETAL | NORMAL |
| Neck | |
| Back | |
| Shoulder/arm | |
| Elbow/forearm | |
| Wrist/hand/fingers | |
| Hip/thigh | |
| Knee | |
| Leg/ankle | |
| Foot/toes | |
| Functional - e.g. double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test | |

*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those. **Consider GU exam if in appropriate medical setting. Having third party present is recommended. ***Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a significant history of concussion. ****Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

I acknowledge I have reviewed the preceding patient history pages and have performed the above physical examination on the student named on this form.

Name of healthcare provider (print/type) _____ Date _____

Signature of healthcare provider _____, **MD, DO, DC, PA-C, APRN**
(please circle one)

Address _____ Phone _____

Healthcare Providers: You must complete the Medical Eligibility Form on the following page

Kansas State High School Activities Association, 601 SW Commerce Place | PO Box 495 | Topeka, KS 66601 | 785-273-5329

Adapted from PPE: Preparticipation Physical Evaluation, 5th Edition, © 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 non-commercial, educational purposes with acknowledgment.

■ KSHSAA PRE-PARTICIPATION 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, except as indicated above. 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 healthcare provider (print or type): _____ Date: _____

X Signature of healthcare provider: _____, MD, DO, DC, or PA-C, APRN

Address: _____ Phone: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Otra información: _____

Contactos de emergencia: _____

Consentimiento del Padre o Tutor

Para ser elegible para participar en grupos de atletismo/deportes interescolares, un estudiante debe tener en el archivo del superintendente o director, una declaración firmada por un médico, quiropráctico, asistente médico autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, o un enfermero registrado de práctica avanzada autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, certificando que el estudiante ha pasado un examen físico adecuado y está físicamente en condiciones para participar (consulte el Manual de KSHSAA, Regla 7). Se deberá completar anualmente un historial de salud y un examen físico antes de que un estudiante participe en KSHSAA deportes/porristas interescolares.

No conozco ninguna razón física o de salud adicional existente que impida la participación en actividades. Certifico que las respuestas a las preguntas a la parte del HISTORIA del Examen Físico Previo a la Participación (PPE) son verdaderas y precisas. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo. Apruebo la participación en actividades. Por la presente autorizo la divulgación de la información contenida en este documento a KSHSAA, a la enfermera escolar, entrenador atlético certificado (ya sea empleado o contratista independiente de la escuela), administradores escolares, entrenador y al proveedor médico. A petición por escrito, yo pudiera recibir una copia de este documento para mis propios récords de salud.

Reconozco que existen riesgos de participación, incluida la posibilidad de lesiones catastróficas. Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente compita en actividades aprobadas por KSHSAA, y acompañe a los representantes escolares en los viajes escolares y reciba tratamiento médico de emergencia cuando sea necesario. Se entiende que ni KSHSAA ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de accidente. El abajo firmante acepta ser responsable de la devolución segura de todo el equipo provisto por la escuela al estudiante.

X Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

PADRES Y ESTUDIANTES: LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE KSHSAA

Nombre del estudiante _____ (EN LETRA IMPRENTA)

NOTE: La Regla 18 de Transferencia establece en parte, que un estudiante es elegible para transferencia si:

ESTUDIANTES COMENZANDO SÉPTIMO GRADO: Un estudiante de séptimo grado, al comienzo de su séptimo grado, es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela a la que escoja asistir. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

ESTUDIANTES COMENZANDO NOVENO GRADO EN UNA ESCUELA PREPARATORIA DE TRES AÑOS: Para que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de tres años reciban el mismo trato que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de cuatro años, un estudiante que haya completado exitosamente el octavo grado en una escuela intermedia de dos años, podrá ser transferido al noveno grado de una escuela preparatoria de tres años al comienzo del año escolar y ser elegible inmediatamente bajo la Regla de Transferencia. Dicho estudiante de noveno grado debe entonces, como estudiante de décimo grado, asistir a la escuela preparatoria correspondiente de su sistema escolar. Si asistieran a una escuela diferente como estudiantes de décimo grado, no serían elegibles por dieciocho semanas.

ESTUDIANTES ENTRANDO A LA ESCUELA PREPARATORIA POR PRIMERA VEZ: Un estudiante de escuela preparatoria es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela preparatoria a la que escoja asistir, siempre que entre por primera vez a la escuela preparatoria al comienzo del año escolar. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

Para que los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria retengan la elegibilidad

Las escuelas pueden tener reglas más estrictas que las relativas a las preguntas anteriores o a las listadas a continuación. Contacte al director o entrenador sobre cualquier asunto de elegibilidad. Un estudiante elegible para participar en actividades interescolares debe estar certificado por el director de la escuela como que cumple con todos los estándares de elegibilidad.

Todas las reglas y regulaciones de KSHSAA se publican en el Manual oficial de KSHSAA que se distribuye anualmente a las escuelas y está disponible en www.kshsaa.org.

Lo siguiente es un resumen breve de las reglas seleccionadas. Por favor comuníquese con su director para información más completa.

- Regla 7 Examen físico - Consentimiento de los padres:** Los estudiantes deben pasar el **examen físico que se adjunta** y tener el consentimiento por escrito de sus padres o tutores legales.
- Regla 14 Buen estudiante:** Los estudiantes elegibles deben estar académicamente en regla en su escuela y con buenas calificaciones.
- Regla 15 Inscripción/Asistencia:** Los estudiantes deben estar regularmente **matriculados y en asistencia** a más tardar el lunes de la cuarta semana del semestre en el cual participan.
- Regla 16 Requisitos del semestre:** Un estudiante no deberá tener más de dos semestres de elegibilidad posible en el séptimo grado y dos semestres en el octavo grado. Un estudiante no deberá tener más de ocho semestres consecutivos de posible elegibilidad en los grados nueve a doce, independientemente de si el noveno grado está incluido en la escuela intermedia o preparatoria. *NOTA: Si un estudiante no participa o no es elegible debido a transferencia, beca, etc., el semestre(s) durante ese período se contará para el número total de semestres posibles.*
- Regla 17 Requisitos de edad:** Los estudiantes son elegibles si son menores de 19 años de **edad** (16, 15 o 14 para estudiantes de escuela intermedia) para o antes del 1° de agosto del año escolar en el que compiten.
- Regla 19 Influencia indebida:** El uso de **influencia indebida** por parte de cualquier persona para asegurar o retener a un estudiante causará su inelegibilidad. Si se cobra o reduce la matrícula, deberá cumplir con los requisitos de KSHSAA.
- Reglas 20/21 Reglas de aficionado y recompensas:** Los estudiantes son elegibles si no han **competido bajo un nombre falso** o por dinero o mercancía de valor intrínseco, y han observado todas las demás disposiciones de las Reglas de Aficionado y Recompensas.
- Regla 22 Competencia externa:** Los estudiantes no pueden participar en **competencias externas** en el mismo deporte durante una temporada en la que representan a su escuela. *NOTA: Consulte al entrenador, director deportivo o director antes de participar individualmente o en un equipo en cualquier juego, sesión de entrenamiento, concurso o prueba realizada por una organización externa.*
- Regla 25 Anti-Fraternidad:** Los estudiantes son elegibles si no son miembros de una **fraternidad** u organización prohibida por la ley o por las reglas de la KSHSAA.
- Regla 26 Anti-Pruebas de clasificación (tryouts) e instrucción privada:** Los estudiantes no son elegibles si participan en **entrenamientos o pruebas de clasificación** realizadas por universidades u otras agencias u organizaciones externas en el mismo deporte mientras son miembros del equipo deportivo de la escuela.
- Regla 30 Temporadas de deporte:** Los estudiantes no son elegibles para más de **cuatro temporadas** en un deporte en una escuela preparatoria de cuatro años, tres temporadas en una escuela preparatoria de tres años o dos temporadas en una escuela preparatoria de dos años.

Para determinar la elegibilidad de los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria al inscribirse

Si se da una respuesta negativa a cualquiera de las siguientes preguntas, el estudiante inscrito deberá comunicarse con su administrador encargado de evaluar la elegibilidad. Esto debe hacerse antes de que el estudiante pueda asistir a su primera clase y antes de la primera práctica de deportes. Si aún existen preguntas, el administrador de la escuela deberá llamar por teléfono a KSHSAA para una determinación final de elegibilidad. (Las escuelas procesarán un Certificado de Transferencia, Formulario T-E, para todos los estudiantes transferidos).

- | | SI | NO | |
|----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted un buen estudiante con buenas calificaciones? (Si hay alguna pregunta, su director tomará la determinación). |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Aprobó usted por lo menos cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente) en el semestre pasado? (<i>KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que apruebe por lo menos cinco materias fundamentales en su último semestre de asistencia</i>). |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está planeando inscribirse en por lo menos cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente) fundamentales este próximo semestre? (<i>KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que se inscriba y esté en asistencia en por lo menos cinco materias fundamentales</i>). |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Asistió a esta escuela o a una escuela del área en su distrito el semestre pasado? (<i>Si responde "no", por favor responda las secciones a y b</i>). |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. ¿Reside usted con sus padres? |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. Si reside con sus padres, ¿se han mudado de manera permanente y de buena fe al área de asistencia de su escuela? |

El estudiante mencionado arriba y yo hemos leído la Lista de Verificación de Elegibilidad de KSHSAA y cómo retener la información de elegibilidad listada en este formulario. El estudiante/padre autorizan a la escuela para revelar a KSHSAA los récords del estudiante y otros documentos e información pertinentes para determinar la elegibilidad del estudiante. El estudiante/padre también autorizan a la escuela y a KSHSAA para publicar el nombre y foto del estudiante como resultado de participar o asistir a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o evento de KSHSAA.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Fecha _____

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.