



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Physical Examination Form for Athletic Sports

Estudiante: _____ Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado _____

Padres/Tutores:

Por favor de marcar cualquier de las siguientes condiciones médicas que su hijo(a) tenga, por favor de explicar abajo si alguna de los cajones están marcados y nombre medicamentos. ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Severo Alergias ☐ Concusiones ☐ Problemas Cardíacos

Explique y/o liste medicamentos: _____

¿Su hijo(a) tiene un Plan de Atención de Emergencia en la escuela? ☐ Si ☐ No

Parent/Guardian Signature

Yo juro que la información proveída en ésta es verdadera en mi conocimiento hasta la de mi firma. Estoy concediendo mi permiso a la enfermera escolar para poderse comunicar con el proveedor de cuidado de salud de mi niño y con el personal y entrenador.

Firma _____

Fesha _____

Licenses Health Care Provider:

Height: _____ Weight: _____ Pulse: _____ BP: _____

Vision: _____ Corrected (circle) Y / N Pupils Equal: Y / N

Medical	Normal	Abnormal Findings		Normal	Abnormal Findings
General Appearance			Skin		
Eyes/Ears/Nose/Throat			Musculoskeletal		
Lymph Nodes			Neck		
Cardiovascular			Back		
Heart Rate			Shoulder/Arm		
Rhythm			Elbow/Forearm		
Murmur			Wrist/Hand/Fingers		
Femoral Pulses			Hip/Thigh		
Lungs			Knee		
Abdomen (Liver, Spleen, Masses)			Leg/Ankle		
Genitourinary (Male Only)			Foot/Toes		

Clearances

- ☐ Cleared for all sports without restrictions
☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
☐ Not Cleared
☐ Pending further evaluation
☐ For any sports
☐ For certain sports: _____

Recommendations: _____

Health Care Provider Signature

I have examined the above-named student and completed the physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlines above. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the health care provider may rescind the clearance until the problem is resolved.

Signature of Health Care Provider: _____ Date: _____

MD, DO, PA, or NP

For School Use Only

Reviewed by:

☐ School Nurse

Initial _____ Date _____

Providers Stamp and State License #



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Evento Deportivo/Atlético Voluntario o Información de Consentimiento de Actividad y Liberación de Responsabilidad

Estudiante:	Sexo: M F	Nacimiento:
Padre/Tutor (Letra de molde)	Dirección	
Escuela	Deporte/Actividad	Entrenador/Instructor

Conocimiento y Suposición de Potencial de Riesgo

Yo, autorizo a mi hijo/hija, nombrado en la parte superior, para que participe en el evento/actividad, Yo comprendo y es de mi conocimiento que las actividades deportivas/atléticas por su naturaleza, poseen un potencial de riesgo de lesiones serias y/o enfermedades al estudiante que participa en dichos eventos deportivos/atléticos.

Estos eventos/actividades, por su naturaleza, poseen riesgos inherentes al participante que le puedan causar lesiones serias. Estas lesiones pueden incluir, pero no limitados a lo siguiente:

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Torcedura y presión | 6. Disfiguración |
| 2. Quebradura de huesos | 7. Golpes en la Cabeza |
| 3. Desgarros, abrasiones, y extirpaciones | 8. Pérdida de la vista |
| 4. Inconsciencia | 9. Muerte |
| 5. Parálisis | |

Yo, comprendo y es de mi conocimiento que la participación en los eventos/actividades deportivos/atléticos son completamente electivos y voluntariamente y no requeridos por el Distrito.

Yo comprendo que todos los participantes deben acatar y aceptar todos los reglamentos y requisitos que gobiernan la conducta y seguridad en el evento/actividad deportiva/atlética. A la extensión permitida por el Código de Educación, cualquier participante que sea determinado estar en violación de los estándares de conducta podrá ser removido de este evento/actividad deportiva/atlética.

Yo, comprendo y es de mi conocimiento que para poder participar en estas actividades, Yo y mi hijo/a acordamos asumir responsabilidad por cualquier riesgo potencial que pueda ser asociado con la participación en las actividades/eventos deportivos/atléticos.

Yo, acuerdo y por este medio libero y declaro a sus oficiales, agentes, empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo; demanda; causa de acción legal; responsabilidad; daños; gastos; o pérdida de cualquier clase, incluyendo lesiones corporales o muerte; debido a o causados por actos u omisiones respecto al evento/actividad deportiva/atlética.

Es de mi conocimiento que he leído cuidadosamente este Formulario de Evento Deportivo/Atlético Voluntario o Información de Consentimiento de Actividad y Liberación de Responsabilidad, Conocimiento y Suposición de Potencial de Riesgo, y que he comprendido y acordado a todos los artículos y términos incluidos.

Firma (Estudiante)

Fecha

Firma (Padres o Tutores Legales)

Fecha

Tel. casa

Tel. Trabajo

Tel. Cell



Información acerca de las concusiones cerebrales

Una concusión es una herida cerebral y todas las heridas cerebrales son graves. Dichas heridas son causadas por un golpe ligero, un golpe fuerte a la cabeza, un movimiento repentino de la cabeza o por un golpe fuerte a otra parte del cuerpo con fuerza que se transmite a la cabeza. Las heridas varían entre ligeras o graves y pueden interrumpir la manera en la que el cerebro funciona. Aunque la mayoría de las concusiones cerebrales son ligeras, **todas las concusiones cerebrales tienen el potencial de ser graves y si no se reconocen y tratan correctamente podrían tener como resultado complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado o la muerte.** Eso quiere decir que cualquier "golpecito" a la cabeza podría ser grave. Las concusiones cerebrales no son visibles y en su mayoría las concusiones cerebrales que ocurren durante los deportes no ocasionan la pérdida de conciencia. Las señales y síntomas de una concusión cerebral podrían aparecer inmediatamente después de una herida o después de horas o días. Si su hijo(a) reporta cualquier síntoma de una concusión cerebral, o si se da cuenta de los síntomas de una concusión cerebral, por favor consiga atención médica sin demora.

Los siguientes son algunos de los síntomas de una concusión:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • "Presión en la cabeza" • Náusea o vómito • Dolor de cuello • Problemas de equilibrio o mareos • Visión borrosa o visión doble • Sensibilidad a la luz o ruido • Decaído • Adormecido • Mareado • Cambios en los hábitos de dormir | <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia • "No se siente bien" • Fatiga o energía baja • Tristeza • Nervios o ansiedad • Irritabilidad • Más sensible • Confundido • Problemas con concentración o memoria (por ejemplo: olvidar las jugadas) • Repetir la misma pregunta o comentario |
|---|--|

Los siguientes síntomas son observados por compañeros, padres y entrenadores:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Parece desorientado • Tiene una expresión facial vacía • Está confundido acerca de la tarea o actividad • Se olvida de las jugadas • Está confundido sobre el juego, los puntos o el oponente • Se mueve torpemente o muestra una falta de coordinación • Contesta las preguntas lentamente | <ul style="list-style-type: none"> • Arrastra las palabras • Muestra cambios de comportamiento o personalidad • No puede recordar los eventos que sucedieron antes de la colisión • No puede recordar los eventos que sucedieron después de la colisión • Ataques o convulsiones • Cualquier cambio en el comportamiento típico o personalidad • Pérdida de la conciencia |
|---|--|

¿Qué puede pasar si mi hijo(a) sigue jugando con una concusión cerebral o regresa a jugar antes de que este recuperado? Los deportistas con señales o síntomas de una concusión cerebral deben dejar de jugar inmediatamente. Continuar jugando con las señales o síntomas de una concusión pone al deportista en riesgo de sufrir una herida más grave. La probabilidad de que se sufra daño significativo de una concusión aumenta cuando ha pasado un periodo de tiempo largo después de que sucedió la concusión, sobre todo si el deportista sufre otra concusión antes de recuperarse completamente de la primera. Eso puede traer como consecuencia una recuperación más prolongada o incluso una hinchazón cerebral (síndrome de segundo impacto) con consecuencias devastadoras o fatales. Es bien conocido que los deportistas adolescentes no reportan mucho los síntomas de sus heridas. Eso es el caso también con las concusiones cerebrales. Por lo mismo es importante que los administradores, entrenadores, padres y estudiantes estén bien informados, el cual es clave para la seguridad de los estudiantes deportistas.

Si cree que su hijo(a) ha sufrido una concusión: En cualquier situación donde se sospecha que un deportista tiene una concusión, es importante sacar a este estudiante del juego o entrenamiento inmediatamente. Ningún deportista puede volver a participar en la actividad después de sufrir una herida de cabeza o concusión cerebral sin el permiso de un doctor, no importa si la herida parece ser ligera o los síntomas desaparecen rápidamente. Se debe de observar cuidadosamente el mejoramiento del deportista por varias horas. El nuevo estatuto 313 de la Federación Interescolar de California (CIF por sus siglas en inglés) requiere la implementación de las siguientes normas para regresar a jugar un deporte después de sufrir una concusión, las cuales se han recomendado por muchos años:

"Cuando se sospeche que un estudiante deportista ha sufrido una concusión o herida de cabeza en un entrenamiento o juego, a este estudiante deportista se le debe sacar de la competencia en ese momento y por el resto del día".

"A un estudiante deportista que se le ha sacado del juego no podrá volver a jugar hasta que le evalúe un doctor licenciado con capacitación en la evaluación y manejo de las concusiones y hasta que se reciba un permiso por escrito para volver a jugar de dicho doctor".

También debe informar al entrenador(a) de su hijo(a) si piensa que ha sufrido una concusión cerebral. Recuerde que es mejor faltar un partido que faltar toda la temporada. Si existe alguna duda de que el deportista sufrió una concusión cerebral o no, se tomará precauciones y no podrá jugar.

Si desea información actual acerca de las concusiones cerebrales por favor visiten el sitio en Internet: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Nombre del estudiante deportista

Firma del estudiante deportista

Fecha

Nombre del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor

Fecha



Una ficha informativa acerca del Paro Cardíaco Repentino

El Paro Cardíaco Repentino (PCR) sucede cuando el corazón súbita e inesperadamente deja de latir. Cuando esto sucede, se detiene el flujo sanguíneo hacia el cerebro y otros órganos vitales. El PCR no es un paro cardíaco. Un paro cardíaco es causado por una obstrucción que detiene el flujo sanguíneo hacia el corazón. El PCR es una falla en el sistema eléctrico del corazón que hace que la víctima se colapse. Un defecto genético o congénito en la estructura del corazón es la causa de la falla.

Reconozca los factores de riesgo y los signos de advertencia del Paro Cardíaco Repentino. Dígale al entrenador y consulte a su médico si su atleta adolescente padece estos síntomas:

Posibles indicadores de que podría suceder un PCR:

- ☐ Colapso o convulsiones, especialmente justo después de ejercitarse;
- ☐ Colapso frecuente, o por emoción o susto;
- ☐ Falta excesiva de aliento durante el ejercicio;
- ☐ Taquicardia o palpitaciones, o ritmo cardíaco irregular;
- ☐ Mareo o aturdimiento frecuente;
- ☐ Dolor o malestar en el pecho al ejercitarse;
- ☐ Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio.

Factores que incrementan el riesgo de que suceda un PCR:

- ☐ La presencia de una anomalía estructural del corazón, reparada o no reparada;
- ☐ Familiares que han sufrido sin explicación, colapsos, convulsiones, un accidente automovilístico, que se han ahogado o han estado a punto de ahogarse;
- ☐ Un historial clínico familiar de anomalías cardíacas conocidas o muerte repentina antes de los 50 años;
- ☐ Un historial clínico familiar específico con casos del síndrome del QT largo, síndrome Brugada, miocardiopatía hipertrófica o displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD);
- ☐ El consumo de enervantes tales como cocaína, inhalantes, drogas "recreativas," bebidas de energía en exceso, y sustancias o suplementos para mejorar el rendimiento.

¿Qué tan común es el PCR en los Estados Unidos? Por ser la principal causa de muerte en los EE. UU. cada año suceden más de 300,000 paros cardíacos lejos de los hospitales, de los que nueve de cada diez son mortales. Miles de jóvenes víctimas de los paros cardíacos repentinos por ser la segunda causa de muerte en menores de 25 años la principal razón por la que mueren los atletas adolescentes durante el ejercicio.

¿Quién corre el riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino? Los atletas adolescentes corren más riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino debido a que tiende a suceder durante el ejercicio o la actividad física. Aunque una enfermedad cardíaca no siempre demuestra signos de advertencia, los estudios demuestran que muchos jóvenes sí tienen síntomas pero no se lo dicen a un adulto. Esto puede ser porque les da pena, no quieren que los saquen de un partido, creen erróneamente que les falta condición física y solamente necesitan entrenar más, o simplemente ignoran los síntomas y suponen que "desaparecerán." Algunos factores de antecedentes clínicos también aumentan el riesgo de que suceda un PCR.

¿Qué debe hacer si su atleta adolescente padece alguno de estos síntomas? Debemos informarles a los atletas adolescentes que si padecen cualquier síntoma del PCR, es de suma importancia avisarle a un adulto y consultar con un médico de cabecera lo antes posible. Si el atleta presenta cualquiera de los factores que incrementan el riesgo de que suceda un PCR, deberá consultar a un médico para ver la posibilidad de que se le hagan más pruebas. Espere la respuesta del médico antes de que su adolescente vuelva a jugar y además, avise a su entrenador y a la enfermera escolar de cualquier afección diagnosticada.

Volver a Jugar Federación Interescolar de California (CIF) enmendó sus estatutos para poder incluir lenguaje que incluye capacitación acerca del PCR como requisito en la certificación de entrenadores deportivos. Además, esto ayuda a incluirla en el protocolo de entrenamiento y juego para que los entrenadores tengan la autoridad de sacar del juego a un atleta adolescente que se colapse. El atleta adolescente que haya sido suspendido de un juego después de mostrar signos o síntomas asociados con un PCR, no puede volver a jugar hasta que un médico certificado le haya evaluado y aprobado (medical doctor or doctor of osteopathy). Se les insta a los padres, tutores y cuidadores a que hablen con sus atletas adolescentes acerca de la salud del corazón. Igualmente.

He leído y entendido los síntomas y los signos de advertencia del PCR y el nuevo protocolo de la CIF para incluir medidas para prevenir que suceda un PCR dentro del programa deportivo de mi estudiante

Nombre Del Atleta Adolescente

Firma Del Atleta Adolescente

Fecha

Nombre Del Padre/ Tutor

Firma Del Padre/ Tutor

Fecha



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Opioides recetados: lo que necesita saber

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 este recibiendo la atención más segura y efectiva.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ESTUFIENTES? 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 opioides 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 médica
 - 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 al 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, infórmele a su proveedor de atención médica y solicite orientación o llame a la línea de ayuda nacional de SAMHSA's 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/guidelines.html

Nombre del estudiante-atleta

Firma del estudiante-atleta

Fecha

Nombre del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Hoja de información CIF para padres/estudiantes referente a la insolación

¿Qué es la insolación y como puedo identificar los síntomas? El ejercicio produce calor dentro del cuerpo y puede incrementar la temperatura del cuerpo del atleta. Si a esto se agregan un día caluroso o húmedo, más las barreras que impiden la disipación del calor como el equipo de amortiguación en el uniforme deportivo, la temperatura corporal del individuo puede aumentar peligrosamente.

La insolación ocurre cuando el calor producido por el metabolismo corporal se combina con el calor que proviene del medioambiente, lo que ocasiona calor excesivo y grandes pérdidas de sudor. Previo a su participación, los atletas jóvenes deben ser evaluados durante su examen médico para diagnosticar enfermedades cardíacas, historial de células falciformes (sickle cell trait, en inglés) y traumas previos debido al calor. Los atletas que presenten cualquiera de estos casos deben ser supervisados cuidadosamente durante las actividades estrenuas realizadas en climas calientes.

La mayoría del calor corporal es eliminado por medio del sudor. El líquido debe ser reemplazado después que ha salido del cuerpo. Junto con la pérdida de agua, el cuerpo pierde muchos otros minerales por medio del sudor. La mayoría de las bebidas comerciales disponibles, tales como Gatorade, etc., contienen estos minerales; sin embargo, lo que realmente se necesita es solamente agua debido a que el atleta recuperará los minerales perdidos por medio de su dieta regular.

PREVENCIÓN: Existen varios pasos que deben seguirse para prevenir un infarto debido al calor:

LA HIDRATACIÓN APROPIADA: El atleta debe llegar a sus prácticas deportivas bien hidratado para reducir el riesgo de deshidratación. El color de la orina puede mostrar fácilmente el nivel de hidratación del atleta. Si la orina es oscura parecido al jugo de manzana, eso significa el atleta está deshidratado. Si la orina es clara como el color de la limonada, eso significa que el atleta está propiamente hidratado.

En las prácticas debe haber agua y bebidas deportivas fácilmente disponibles para los atletas y de preferencia deben servirse frías y en envases que permitan la ingestión de líquidos en volúmenes apropiados.

También debe haber recesos para beber agua por lo menos cada 30 o 45 minutos y los recesos deben ser suficientemente largos para ingerir volúmenes apropiados de líquidos. A los atletas se les debe instruir que deben continuar reemplazando los líquidos antes y después de las sesiones de práctica.

LA ACLIMATACIÓN GRADUAL: La intensidad y la duración del ejercicio debe incrementarse gradualmente durante un periodo de 7 a 14 días para que el atleta pueda alcanzar niveles apropiados de aptitud física y su cuerpo se acostumbre a practicar en el calor. El equipo protector debe introducirse de manera gradual (comenzando con el casco, después el casco y las hombreras, y finalmente el uniforme completo).

EL AGOTAMIENTO DEBIDO AL CALOR: Es la inhabilidad de continuar ejercitando debido a los síntomas producidos por el calor. Esto ocurre cuando la temperatura básica del cuerpo se encuentra entre los 97 y los 104 grados Fahrenheit.

• Vértigo, mareo, debilidad • Dolor de cabeza • Náusea	• Sudor abundante • Piel viscosa y fría • Hiperventilación	• Diarrea, urgencia para defecar • Palidez, escalofríos • Reducción en la producción de orina
--	--	---

TRATAMIENTO: Dejar de ejercitar, acudir a un lugar frío, quitar la ropa excesiva, beber líquidos si la persona está consiente, ENFRIAR EL CUERPO: con ventiladores, agua fría, toallas heladas, o esponjas húmedas congeladas (ice packs). Debe comenzar la recuperación de líquidos tan pronto como sea posible. Si su recuperación no es rápida, el atleta debe ser llevado a la sala de emergencias del hospital. Si existen dudas, LLAME AL 911. En todos los casos, los atletas que sufren agotamiento debido al calor deben ser evaluados por un médico tan pronto como sea posible.

INFARTO DEBIDO AL CALOR: Es el mal funcionamiento o paralización de los sistemas corporales debido a la alta temperatura del cuerpo la cual está fuera de control. Esto ocurre cuando la temperatura básica del cuerpo es mayor a los 107 grados Fahrenheit.

SÍNTOMAS DE ALARMA: Los siguientes síntomas representan una EMERGENCIA MÉDICA. Podría ocasionar la muerte si no se ofrece tratamiento médico inmediato y apropiado.

Tratamiento: dejar de ejercitar, llamar al 911, alejar del calor, desvestirse, sumergir al atleta en agua fría para un enfriamiento rápido y eficaz (si no es posible sumergir al atleta, enfriar al atleta siguiendo el tratamiento para el agotamiento debido al calor), vigilando los signos vitales hasta que lleguen los paramédicos.

• Mareos (vértigo) • Letargo (adormecimiento), quedar inconsciente • Convulsiones (ataques epilépticos) • Tambaleo, tropezos, desorientación • Cambios cognitivos y de comportamiento (confusión, irritabilidad, agresividad, histeria, inestabilidad emocional)	• Debilidad • Piel caliente, húmeda o seca • Pulso rápido, baja presión sanguínea • Hiperventilación • Vómito, diarrea
--	--

Consejos finales para los padres y tutores legales:

Cada vez que planea y prepare cualquier actividad deportiva usted debe tomar en cuenta el estrés que será producido por el calor. En varias regiones de California, los deportes de verano y otoño a menudo se realizan en climas muy calientes y húmedos. Muchos de los problemas ocasionados por el calor se relacionan con el fútbol Americano, debido al equipo adicional que los atletas deben vestir y el cual actúa como una barrera que impide la disipación del calor. Durante cada temporada deportiva en los Estados Unidos continúan sucediendo varias muertes debido a los infartos por el calor. Si se toman las precauciones apropiadas, no existe ninguna excusa para permitir que suceda una muerte debido a un infarto por el calor.

Usted debe tener la confianza de hablar con los entrenadores o manejadores de atletismo referente a los posibles síntomas de insolación y sobre los síntomas que tal vez usted observa en su hijo.

Yo confirmo que he recibido y leído La Hoja de información CIF referente a la insolación.

Nombre del estudiante/atleta – *Letra de molde*

Firma del estudiante/atleta

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor legal - *Letra de molde*

Firma de padre/madre/tutor legal

Fecha



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Hoja CIF de información y compromiso de los padres y estudiantes sobre los esteroides

“Como condición de membresía en el CIF, todas las escuelas que son miembros deberán adoptar normas que prohíban el uso y abuso de los esteroides androgénicos/anabólicos. Todas estas escuelas deberán confirmar que los estudiantes atletas participantes y sus padres, el tutor legal/cuidador están de acuerdo que el atleta no usará esteroides anabólicos sin la receta prescrita por medio de un examen físico con licencia plena (como lo reconoce la Asociación Médica Americana, AMA) para tratar una condición médica”. (Estatuto CIF 503.I)

Nuestra norma del distrito escolar (BP 5131.63):

La Mesa Directiva Gobernante reconoce que el uso de esteroides y otros suplementos para mejorar el rendimiento físico representa un grave peligro para la salud y la seguridad. Como parte de los esfuerzos distritales de prevención e intervención del uso de drogas, el superintendente o la persona designada y el personal deberán hacer todos los esfuerzos razonables para evitar que los estudiantes usen esteroides u otros suplementos para mejorar el rendimiento físico.

Como parte de sus programas de salud, educación física o educación sobre las drogas, los estudiantes en los grados 7 al 12 recibirán una lección sobre los efectos de los esteroides.

Los estudiantes que participan en el atletismo escolar tienen prohibido el uso de esteroides y suplementos dietéticos prohibidos por la Agencia Antidopaje de los Estados Unidos, incluyendo la sustancia sinefrina (synephrine, en inglés). (Código de Educación 49030).

Antes de participar en el atletismo escolar, un estudiante atleta y su padre/madre/tutor legal deberán firmar una declaración donde el estudiante atleta se compromete a no usar esteroides androgénicos/anabólicos y/o suplementos dietéticos prohibidos por la Agencia Antidopaje de los Estados Unidos, incluyendo la sustancia Sinefrina (Synephrine, en inglés), a menos que el estudiante haya recibido una receta médica escrita por un profesional de la salud que posea autorización para tratar condiciones médicas.

Cualquier estudiante que haya violado el acuerdo o esta norma no podrá participar en el atletismo escolar y estará sujeto a los procedimientos disciplinarios los cuales incluyen, entre otros, la suspensión o expulsión de acuerdo con la ley, las normas de la Mesa Directiva y los reglamentos administrativos.

Los entrenadores deben educar a los estudiantes sobre las prohibiciones del distrito y los peligros del uso de esteroides y otros suplementos para mejorar el rendimiento físico.

El Superintendente o la persona designada se asegurarán que las escuelas del distrito no acepten patrocinios o donaciones de fabricantes de suplementos que ofrezcan suplementos de desarrollo muscular a los estudiantes.

Compromiso

Al firmar este documento, el estudiante atleta participante junto con sus padres, tutores legales/cuidadores están de acuerdo que el estudiante atleta mencionado en este documento no utilizará esteroides androgénicos/anabólicos sin una prescripción escrita por un médico que posea autorización plena para tratar condiciones médicas (tal como lo reconoce la Asociación Médica Americana, AMA). También reconocemos que según el reglamento CIF 202, podrían existir penalidades por el uso de información falsa o fraudulenta. Además comprendemos que la escuela PVSD seguirá las normas referentes al uso ilegal de drogas en caso de que ocurran violaciones a estos reglamentos.

Yo confirmo que he recibido y leído la Hoja de información CIF referente a los esteroides.

Nombre del estudiante/atleta – *Letra de molde*

Firma del estudiante/atleta

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor legal - *Letra de molde*

Firma de padre/madre/tutor legal

Fecha



PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Athletic Emergency Card

To be completed by the parent or guardian. Please print clearly

Name _____ Grade _____ School _____ Age _____

Home Address _____ Home Phone #: _____

Father's Name _____ Cell #: _____ Work #: _____

Mother's Name _____ Cell #: _____ Work #: _____

Alternate Contact _____ Cell #: _____ Relationship _____

Allergies _____ Medications _____

Insurance Company Name: _____ Policy/Group #: _____

Permission is hereby granted to the attending physician to proceed with any medical or minor surgical treatment, x-ray examination and immunizations for the above-named student. In the event of an emergency arising out of serious illness, the need for major surgery, or significant accidental injury, I understand that an attempt will be made by the attending physician to contact me in the most expeditious way possible. If said physician is not able to communicate with me, the treatment necessary for the best interest of the above-named student may be given.

Parent / Guardian Signature

Date

Tarjeta de Emergencia

Nombre _____ Grado _____ Escuela _____ Edad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de Padre _____ Celular _____ Trabajo #: _____

Nombre de Madre _____ Celular _____ Trabajo #: _____

Contacto Alternativo _____ Celular _____ Relación _____

Alergias/Condiciones _____ Medicamentos _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Póliza/Grupo # _____

Le doy autorización al doctor en servicio para proceder con cualquier tratamiento o cirugía menor, radiografías, o vacunas para el estudiante arriba mencionado. En caso de una emergencia debido a una seria enfermedad, la necesidad de cirugía mayor, o una lesión significativa, entiendo que se va a hacer por el doctor en servicio de contactarme en la mayor manera posible. Si dicho doctor no pudiera comunicarse conmigo,, se le puede dar el tratamiento necesario en el mejor interés del estudiante arriba mencionado. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera de la atención médica y servicio de ambulancia.

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha