Formulario de participación atlética
Consentimiento y liberación de los padres y del estudiante
Para participación de nivel de escuela secundaria (grados 9-12)

© KHSAA, 2023

El estudiante y los padres/tutores deben leer esta declaración detenidamente y firmar donde se requiera. Al firmar este formulario, todas las partes aceptan que han completado con precisión todas las secciones del formulario y han leído y están de acuerdo con los términos de este formulario como se detalla. Este formulario debe completarse antes de que el estudiante participe (en lo sucesivo, incluida la prueba, la práctica y/o la competencia) en deportes interescolares. Este formulario debe guardarse en un lugar seguro hasta que el estudiante haya agotado la elegibilidad, se haya graduado de la escuela secundaria y haya cumplido los 19 años.
Cualquier uso de formularios complementarios opcionales adicionales como el PPE01 para recopilar información médica tanto de la familia como de la comunidad médica debe mantenerse separado de este formulario y mantenerse de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales.

DATOS DEL ATLETA (Esta parte debe ser completada por el estudiante y la familia)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) _____ Año escolar _____

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Género _____ Calificación _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Condado, Estado): _____

Historial de asistencia escolar

Calificación	Nombre de escuela	Año escolar		Juego Varsity – (Sí/No)?
9				
10				
11				
12				

Planeo participar en lo siguiente (marque todo lo que podría intentar jugar):

☐ Tiro al arco	☐ Bolos	☐ deportes electrónicos	☐ Fútbol	☐ Atletismo
☐ Béisbol	☐ Alegría competitiva	☐ Fútbol americano	☐ Sofbol	☐ Vóleibol
☐ Baloncesto	☐ A campo traviesa	☐ Golf	☐ Nadar	☐ Lucha
☐ Pesca de lubina	☐ Bailar	☐ Lacrosse	☐ Tenis	☐ Otro

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

_____ _____
Nombre (letra de imprenta) Relación con el estudiante

_____
Dirección de contacto de emergencia, incluida la ciudad, el estado y el código postal

_____ _____
Teléfono durante el día Teléfono móvil

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO, RECONOCIMIENTO DE LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Como padre/tutor legal, acepto permitir que mi hijo participe en deportes interescolares.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que la participación en el atletismo interescolar implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves, que incluyen, entre otros, la muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna vertebral que pueden provocar parálisis total o parcial, daño cerebral, lesión grave a los órganos internos, lesión grave a los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, y lesión grave o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos en la salud y el bienestar general del niño . Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y el padre/tutor legal reconocen la importancia de que el estudiante siga las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas del equipo. Al firmar este formulario,

El estudiante y el padre/tutor legal individualmente y en nombre del estudiante, por el presente liberan, absuelven y despiden para siempre de manera irrevocable e incondicional a la KHSAA y a sus funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados (colectivamente, los "Exonerados") de cualquier y todas las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluidos los honorarios de abogados) en los que el estudiante y/o el padre/tutor legal incurran o sostenga a la persona, la propiedad o ambos, que surjan, resulten de, ocurran durante o estén conectados de otra manera con la participación del estudiante en actividades deportivas interescolares si se deben a la negligencia ordinaria de los Liberados.

sin que dicha divulgación constituya una violación de los derechos bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, liberan además a la escuela secundaria, a la KHSAA y a sus representantes de todos y cada uno de los reclamos que surjan del uso y la divulgación de dicha información de identificación personal necesaria, y aceptan liberar a la escuela secundaria, la KHSAA y sus representantes, previa solicitud, la solicitud de ayuda financiera detallada y completa.

© KHSAA, 2023

Formulario de participación atlética
Consentimiento y liberación de los padres y del estudiante
Para participación de nivel de escuela secundaria (grados 9-12)

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, dan permiso a la escuela secundaria, a la KHSAA y a los representantes autorizados de la KHSAA para divulgar la información demográfica de este estudiante (incluidas imágenes en movimiento y fotografías) y estadísticas de participación (incluyendo altura, peso y año en la escuela, historial de participación y otras estadísticas basadas en el desempeño) y otra información que se solicite o presente. El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, aceptan que el estudiante puede ser fotografiado o capturado digital o electrónicamente de otra manera durante la competencia escolar y dicho producto utilizado en el curso de los negocios normales de KHSAA, incluidos los comerciales y de Internet. vídeo basado e imágenes fijas.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por el presente reconocen que conocen y revisarán, si lo desean, los materiales educativos disponibles a través de KHSAA, los Centros para el Control de Enfermedades y otras agencias con respecto a la educación de todas las personas con con respecto a la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral, lesión en la cabeza u otros problemas de salud continuos, incluida la continuación del juego después de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza.

El estudiante y el padre/tutor legal dan su consentimiento para que este estudiante reciba un examen físico de un proveedor médico autorizado según lo exige la KHSAA.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por la presente dan su consentimiento para permitir que el estudiante reciba el tratamiento médico que la escuela, la KHSAA y sus representantes puedan considerar aconsejable en caso de lesión, accidente o enfermedad. mientras participa en atletismo interescolar, incluido, entre otros, el transporte del estudiante a un centro médico. El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que el transporte a un centro médico puede implicar tener que proporcionar la fecha de nacimiento y el número de seguro social del estudiante únicamente para posibles necesidades de hospitalización y atención de emergencia y no es necesario que se registre en este formulario. Sin embargo, aquellos que no proporcionen esta información deben tener en cuenta que las instalaciones de tratamiento de emergencia podrían requerirla antes de prestar el servicio.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que han leído y entendido los estatutos de KHSAA mediante su distribución bajo los enlaces del manual enhttps://khsaa.org/. Tenga en cuenta que un estudiante está sujeto al período de inelegibilidad de un año según el estatuto comúnmente conocido como el "Estatuto 6, Regla de transferencia", al participar en cualquier concurso universitario después de inscribirse en el grado nueve, independientemente de la cantidad de participación o falta de ella

El estudiante y el padre/tutor legal aceptan cumplir con los estatutos y el procedimiento de debido proceso de KHSAA tal como se promulgan ahora o se modifican posteriormente. El estudiante y el padre/tutor legal reconocen además que aceptan acatar las decisiones del Comisionado, el Asistente del Comisionado, el Oficial de Audiencias y la Junta de Control.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que, según los estatutos correspondientes, el estudiante debe tener cobertura de seguro médico hasta un límite de $25,000 para ser elegible para participar en deportes interescolares.

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA (Estatuto 12 de KHSAA)

Antes de la participación en prácticas o concursos (incluyendo la búsqueda de un lugar en un equipo) en cualquier deporte o actividad deportiva durante la limitación de temporadas como se define en el Estatuto 23, todos los estudiantes deben tener un seguro médico con límites de cobertura de al menos $25,000. Si esta cobertura se brinda a través de la escuela, comuníquese con el director o el director deportivo con respecto a cualquier reclamo potencial. Las escuelas y los distritos individuales pueden imponer requisitos adicionales para el seguro o la cobertura durante períodos adicionales para actividades fuera del Estatuto 23.

Aseguradora	Número de póliza / Número de identificación	Número de grupo	Plan

RECONOCIMIENTO DE RIESGO DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/TUTOR, REGLAS DE ELEGIBILIDAD, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN Y FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA

Nombre de los estudiantes (letra de imprenta) _____ Escuela _____

Dirección del estudiante y del padre/tutor, incluida la ciudad, el estado y el código postal _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Enumere arriba cualquier problema de salud/preocupación que este estudiante pueda tener, incluidas las alergias (medicamentos/otros) y cualquier medicamento que se esté usando actualmente.

Nombre de los padres/tutores que tienen/tienen la custodia de este estudiante (letra de imprenta) _____ Número de Teléfono de Emergencia _____

Firma del padre(s)/tutor(es) que tiene/tiene la custodia de este estudiante _____ Fecha _____

■ 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 or DC (if within scope of practice)

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.

ESTA PÁGINA ES PARA ASEGURAR QUE EL GE04 SE DISTRIBUYA SEGÚN SE NECESITE PARA DAR PERMISO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO. EL FORMULARIO GE04 DEBE CONSERVARSE HASTA UN AÑO DESPUÉS DE LA GRADUACIÓN DEL ESTUDIANTE. EL FORMULARIO GE04 SÓLO SE PUEDE UTILIZAR PARA VIAJAR CON EL EQUIPO EN CASO DE EMERGENCIA.

SIN EMBARGO, SI EL FORMULARIO OPCIONAL PPE01 SE UTILIZA DE CUALQUIER FORMA, LAS TRES PÁGINAS DE ESE FORMULARIO NO DEBEN GUARDARSE CON EL GE04 Y NO DEBEN CONSERVARSE EN LA ESCUELA. SEGÚN LAS LEYES DE PRIVACIDAD ESTATALES Y FEDERALES, ESTA ES UNA COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL ENTRE EL PROVEEDOR MÉDICO Y EL PACIENTE Y LA SEGURIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ PROTEGIDA POR UNA SERIE DE LEYES Y DEBE PERMANECER CON LA FAMILIA Y EL PROVEEDOR MÉDICO.

SEGÚN LA ORIENTACIÓN DE LA ACADEMIA AMERICANA DE MÉDICOS DE FAMILIA, LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA, EL COLEGIO AMERICANO DE MEDICINA DEPORTIVA, LA SOCIEDAD MÉDICA AMERICANA PARA MEDICINA DEPORTIVA, LA SOCIEDAD ORTOPÉDICA AMERICANA PARA MEDICINA DEPORTIVA Y LA ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DEPORTIVA OSTEOPÁTICA, EL CONTENIDO DEL PPE01 OPCIONAL PARA SER MANTENIDO EN LA MÁS ESTRICTA PRIVACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES APLICABLES.

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

■ 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 al Nacer (F, M): _____ ¿

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

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis ☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

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	No está seguro/a	Sí	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 inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (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	Sí	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	Sí	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*)	Sí	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 tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes? — **No está seguro/a**		
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?		

PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	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: _____

© 2023 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. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

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 use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

This form should be placed into the athlete's medical file and should not be shared with schools or sports organizations.

EXAMINATION		
Height: Weight:		
BP: / (/) Pulse: Vision: R 20/ L 20/ Corrected: □ Y □ N		
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart[a] • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (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 • 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.

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

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

©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.