



Instructions for Completing the NCHSAA Student-Athlete Preparticipation Physical Evaluation (PPE)

In order to be medically eligible for participation in practice or in interscholastic athletic contests, a student must have a completed NCHSAA PPE and submit it to the school. The PPE is four (4) pages in length and includes the **History Form**, the **Physical Examination Form**, and the **Medical Eligibility Form**.

The **PPE History Form** (pages 1-2) is completed and signed by the parent or legal custodian on behalf of the student-athlete. The completed and signed PPE History Form must then be presented to the examining Licensed Medical Professional (LMP) (physician licensed to practice medicine (MD/DO), nurse practitioner or physician assistant) for review when they fill out the Physical Examination Form.

The completed PPE **Physical Examination Form** (page 3) is signed and dated by the LMP who performed the examination. The physical examination builds on information obtained in the medical history.

The PPE **Medical Eligibility Form** (page 4), which is also signed and dated by the LMP, indicates the student-athlete is either medically eligible or not medically eligible for sports participation.



Student-Athlete COVID Questionnaire

Student-Athlete's Name: _____

Date of Birth: _____ Age: _____

COVID RELATED QUESTIONS ABOUT THE STUDENT-ATHLETE	YES	NO	NA
1. Since January 1, 2020 have you been told that you have had a positive test for COVID-19, OR have you been told by a medical professional, your school, or local health department that you have had to quarantine (stay home) due to concern that you had COVID-19 symptoms?	☐	☐	☐
2. If the answer to 1 was "Yes", has the required <i>Return to Play Form: COVID-19 Infection Medical Clearance Releasing The Student-Athlete to Resume Full Participation in Athletics</i> been completed?	☐	☐	
3. Have you been fully vaccinated against COVID?	☐	☐	



■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

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): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

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 inesperado 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		
	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, sibilas 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 <i>Staphylococcus aureus</i> 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?		
UNICAMENTE MUJERES		
	Si	No
29. ¿Ha tenido al menos un período menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos 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: _____

© 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. 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

- 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: ☐ 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 <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or <i>linea corporis</i>		
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): _____ Date: _____

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.

■ 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.

Student Athlete Pledge

As a student athlete, I know I am a role model. I understand the spirit of fair play while playing hard. I will refrain from engaging in all types of disrespectful behavior, including inappropriate language, taunting, trash talking, and unnecessary physical contact. I know the behavior expectations of my school, my conference, and the NCHSAA and hereby accept the responsibility and privilege of representing this school and community as a student athlete.

Student Athlete Signature: _____

Date: _____

Student Athlete's Parent Pledge

As a parent, I acknowledge that I am a role model. I will remember that school athletics is an extension of the classroom, offering learning experiences for the students. I must show respect for all players, coaches, spectators, and support groups. I will participate in cheers that support, encourage, and uplift the teams involved. I understand the spirit of fair play and good sportsmanship expected by our school, conference and the NCHSAA. I hereby accept my responsibility to be a model of good sportsmanship that comes with being the parent of a student athlete.

Parent/Legal Guardian Signature: _____

Date: _____

EMERGENCY CARE INFORMATION

In case of an emergency, the school staff will contact 911.

Every attempt will be made to contact a parent, a guardian, or a designated emergency contact.

STUDENT INFORMATION

Last:	First:	Middle:	Date of Birth:	Gender ☐ M ☐ F	Bus No.:
School Name:			ID No.:	Teacher or Counselor:	

HEALTH INFORMATION

Below check any current health condition that may require attention during the school day. Also complete and submit Health Information form SS/SE-71 if your child has health conditions that require attention during the school day.

☐ allergies (be specific) ☐ foods _____ ☐ medicines _____ ☐ bee sting or insect bite _____ ☐ other _____	☐ hemophilia ☐ physical disability (be specific) _____ ☐ respiratory (be specific) _____ ☐ seizures ☐ vision problems (be specific) _____ ☐ glasses ☐ contacts ☐ other (be specific) _____
☐ asthma ☐ cancer ☐ diabetes ☐ hearing problems ☐ hearing aid(s) ☐ heart problems (be specific) _____	

You can only save the EMPTY form (unless you have purchased and installed the Adobe Acrobat software).

CONTACT INFORMATION

Student resides with: (x) ☐ Father ☐ Mother ☐ Both ☐ Guardian				
Any parent with whom the child resides has the right to make decisions concerning the child in the event of an emergency and to pick up the child from school, unless a court order or other legal document states otherwise. It is your responsibility to provide a copy of that document to your child's school.				
☐ Father	☐ Guardian	Telephone		
Last	First	Middle		
Number Street		Apt #	Home () _____	
City		State	Zip	Work () _____
				Other () _____
Language: _____		E-mail: _____		
☐ Mother	☐ Guardian	Telephone		
Last	First	Middle		
Number Street		Apt #	Home () _____	
City		State	Zip	Work () _____
				Other () _____
Language: _____		E-mail: _____		

Please list three persons we may call if the parent(s) or guardian cannot be reached who have your permission to make decisions concerning your child in the event of an emergency. Please check the box if this person also has your permission to pick up your child from school.

Name of Person	Relationship	Language	Telephone
☐ _____	_____	_____	() _____
☐ _____	_____	_____	() _____
☐ _____	_____	_____	() _____

BEFORE- AND AFTER-SCHOOL CARE (complete if applicable). Please check the box if this person has your permission to pick up your child from school.

☐ Name of Provider: _____	Telephone () _____
--	---------------------

PHYSICIAN INFORMATION

My child's medical care is provided by _____ (name of doctor, clinic, or HMO)	() _____
My child's medical coverage is provided by _____ (health insurance company, assistance program, HMO, etc.)	() _____

The school has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the emergency room of the nearest hospital, and the hospital and its medical staff have my authorization to provide treatment that a physician deems necessary for the well-being of my child.

PARENT or GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

2021-2022 NCHSAA ELIGIBILITY, CONSENT TO PARTICIPATE AND RELEASE FORM

THIS DOCUMENT MUST BE SIGNED BY THE STUDENT-ATHLETE OF AN NCHSAA MEMBER SCHOOL AND BY THE STUDENT'S PARENT OR LEGAL CUSTODIAN BEFORE PARTICIPATION. STUDENTS MAY NOT PARTICIPATE WITHOUT THE SIGNATURE OF THE STUDENT AND PARENT(S)/LEGAL CUSTODIAN.

I acknowledge that I have read and understand the North Carolina High School Athletic Association's (NCHSAA) Eligibility Rules. I understand that a copy of the NCHSAA Handbook is on file with the member school's principal and/or Athletic Director, and that I may review it, in its entirety if I so choose. I know my school is a member of the NCHSAA and must adhere to all regulations that govern interscholastic athletic programs, including, but not limited to, Federal and State laws, local regulations and those imposed by the NCHSAA. I understand that local rules may be more stringent than the NCHSAA and agree to follow the rules of my school and the NCHSAA and to abide by their decisions. I acknowledge and understand that participation in interscholastic athletics is a privilege, not a right. I understand that classroom performance, dropping a class or taking coursework through other educational options could affect eligibility and compliance with NCHSAA academic standards.

STUDENT CODE OF RESPONSIBILITY

As a student-athlete, I **understand and accept** the following responsibilities:

- I will **respect the rights and beliefs** of others and will treat others with courtesy and consideration. I will be **fully responsible** for my own actions and the consequences of my actions.
- I will **respect the property** of others.
- I will **respect and obey the rules** of my school and the laws of my community, state and country.
- I will **show respect to those who are responsible for enforcing the rules** of my school and the laws of my community, state and country.
- I **understand that a student whose character or conduct violates** the school's Athletic Code or School Code of Responsibility could be deemed ineligible for a period of time as determined by the principal or school system Administration

PARENTS, LEGAL CUSTODIANS OR STUDENTS WHO DO NOT WISH TO ACCEPT THE RISK DESCRIBED IN THIS WARNING SHOULD NOT SIGN THIS FORM. The student and parent/legal custodian recognize that participation in interscholastic athletics involves some inherent risks for potentially severe injuries including, but not limited to, serious neck, head and spinal injuries, serious injury to virtually all bones, joints, ligaments, muscles, tendons, and other aspects of the musculoskeletal system, serious injury or impairment to other aspects of the body, or effects to the general health and well-being of the child, and in rare cases death. Although serious injuries are not common in supervised school athletic programs, it is impossible to eliminate all risk. Because of these inherent risks, the student and parent/legal custodian have a responsibility to help reduce that risk. Participants must obey all safety rules, report all physical and hygiene problems to their coaches, follow a proper conditioning program, and inspect their own equipment daily.

I authorize medical treatment should the need arise for such treatment while I or my child/ward ("student-athlete") is under the supervision of the member school. I **consent to medical treatment** for my student-athlete following an injury or illness suffered during practice and/or a contest. I understand that in the case of **injury or illness requiring treatment by medical personnel and transportation to a health care facility**, a reasonable attempt will be made to contact me the parent/legal custodian in the case of my student-athlete being a minor, but that, if necessary, my student-athlete will be treated and transported via ambulance to the nearest hospital. I further authorize the use or disclosure of my student-athlete's personally identifiable health information should treatment for illness or injury become necessary.

I **understand all concussions are potentially serious** and may result in complications including prolonged brain damage and death if not recognized and managed properly. Further, I understand that if my student is removed from a practice or competition due to a suspected concussion, he or she will be unable to return to participation that day. After that day, written authorization from a physician (M.D. or D.O.) or an athletic trainer working under the supervision of a physician will be required before the student is allowed to return to participation. I also acknowledge that I **have received, read and signed the Gfeller-Waller Concussion Information Sheet**, as well as viewed the CrashCourse concussion education video.

I **consent to the NCHSAA's use of the herein named student's name**, image, likeness, and athletic-related information in reports of contests, promotional literature of the Association and other materials and releases related to interscholastic athletics and grant the NCHSAA the right to photograph and/or videotape the participant and further to use the participant's face, likeness, voice and appearance in connection with exhibitions, publicity, advertising, promotional and commercial materials without reservation or limitation. The NCHSAA, however, is under no obligation to exercise said rights herein. I further consent to the disclosure, by the member school, to the NCHSAA, upon its request, of all records relevant to the student-athlete's athletic eligibility including, but not limited to, their records relating to enrollment, attendance, academic standing, age, discipline, finances, residence and physical fitness. The student and parent/legal custodian individually and on behalf of the student, hereby irrevocably, and unconditionally release, acquit, and discharge, without limitation, the NCHSAA its officers, agents, attorneys, representatives and employees (collectively, the "Releasees") from any and all losses, claims, demands, actions and causes of action, obligations, damages, and costs or expenses of any nature (including attorney's fees) that the student and/or legal custodian incur or sustain to person, property or both, which arise out of, result from, occur during or are otherwise connected with the student's participation in interscholastic athletics if due to the ordinary negligence of the Releasees.

By signing this document, we acknowledge that we have read the above information and that we consent to participation by the herein named student. We understand that the authorizations and rights granted herein are voluntary and that we may revoke any or all of them at any time by submitting said revocation in writing to the participant's member school. By doing so, however, we understand that the participant would no longer be eligible for participation in interscholastic athletics.

Student's Signature

Date of Birth

Grade in School

Date

Signature of Parent or Legal Custodian

Date

Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA

¿Qué es una concusión? Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

¿Cómo sé si tengo una concusión? Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado(a)
	Mareo	Llorar más	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu padre/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)? Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu padre/madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión? Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas teniendo una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión? Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu padre/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

Revised: February 2021 – Approved for use in current or upcoming school year.

Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde) _____

Iniciales del
estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tut

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitaré el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Revised: February 2021 –
Approved for use in current or
upcoming school year.



**Consentimiento del paciente para el tratamiento
Y
Consentimiento de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nombre del Paciente: _____ Chart: _____

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Goshen Medical Center, Inc. se origina y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento.

Entiendo y he recibido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Goshen Medical Center, Inc. no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Goshen Medical Center, Inc. ha tomado ya medidas. Entiendo también que al negarse a firmar este consentimiento a la revocación de este consentimiento, Goshen Medical Center, Inc. puede rechazar el tratamiento. Ante la negativa de firmar este consentimiento, estoy de acuerdo en asumir el riesgo de cualquier lesión o daño causado por la falta de atención médica o tratamiento que surja de o en relación con la negación Goshen Medical Center para proporcionar cualquier cuidado o tratamiento médico.

Además, entiendo que Goshen Medical Center, Inc. se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas de acuerdo con las regulaciones federales. En caso de Goshen Medical Center, Inc. cambia su notificación, el Aviso modificado estará disponible.

Entiendo que como parte del tratamiento de Goshen Medical Center, pago u operaciones de atención de salud, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax.

☐ Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

☐ Entiendo perfectamente y el declive de los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Por la presente consiento voluntariamente a los exámenes médicos y / o dentales, tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias, a juicio de mi médico, y proveedores de cuidado de la salud, incluyendo pruebas de VIH, exámenes de laboratorio y radiografías. Entiendo que mi información médica es confidencial y está protegida por los Estatutos Generales de Carolina del Norte 130A-143 y no garantiza ni garantías se han hecho para mi en relación con los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos. Mi firma reconoce que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el artículo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.

Patient #:

Patient DOB:



DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Esta forma debería ser completada, firmada y fechada a fin de que se considere una designación válida.

**NOTIFICACION IMPORTANTE: UN FORMULARIO COMPLETO SE
REQUIERE PARA CADA REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO**

DESIGNACION DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente: _____

Yo por el presente designo a la persona listada abajo que sea mi representante personal y solicito que Goshen Medical Center trate al individuo nombrado de la misma manera que me trataría a mí con respecto a la Información de Salud Protegida. Yo entiendo que esta designación es voluntaria. Yo entiendo que cualquier revelación de mi información de salud protegida conlleva a la posibilidad de que se revele información no autorizada y en ese caso la información ya no estaría protegida por las reglas de confidencialidad federales.

INFORMACION DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

Número de Teléfono del Representante: _____

Relación entre el Paciente y Representante: _____

ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE

Al firmar la forma de designación, yo estoy autorizando a mi representante personal a consultar lo siguiente:

_____ Toda la Información de mi Salud Protegida (p. ej. Demográfico, información médica y facturación)

_____ Información de Salud solamente

_____ Información de Facturación solamente

_____ Información de Salud Sensitiva (p. ej. VIH, Sida estatus)

_____ Salud Mental

_____ Información de Cita Solamente

VENCIMIENTO Y REVOCACION

_____ Esta designación se vence el _____

_____ No deseo poner fecha de vencimiento.

Yo entiendo que puedo revocar esta designación del representante personal, en cualquier momento que yo lo desee, al someter una revocación por escrito. Yo entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento, excepto hasta la extensión que ya se haya tomado acción en orden con la designación.

Firma del Paciente: _____

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

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

