

Este formulario se tradujo utilizando Google Translate. Si tiene alguna pregunta, consulte a su escuela.

INICIAL INTEGRAL DE PIAA EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL: Antes de que cualquier estudiante participe en Prácticas, Prácticas entre escuelas, jugadores y / o Concursos, en cualquier escuela miembro de PIAA en cualquier año escolar, se requiere que el estudiante (1) completa una evaluación física de pre-participación inicial integral. (CIPPE); y (2) hacer que las personas apropiadas completan las primeras siete secciones del formulario CIPPE. Al completar las Secciones 1 y 2 por el padre / tutor; Secciones 3, 4 , y 5 por el estudiante y el padre / tutor; y la Sección 6 por un médico autorizado (AME), esas secciones deben entregarse al director, o la persona designada por el director, de la escuela del estudiante para que la escuela las retenga. El CIPPE no podrá ser AUTORIZADO más antes que de uno de mayo y será efectivos, independientemente de cuando ocurren durante un año escolar, hasta el próxima 30 de abril o la finalización de la deportiva primavera. _

DEPORTE(S) POSTERIORES en el mismo año escolar: Después de completar de un CIPPE, el mismo estudiante que desee participar en prácticas, prácticas interescolares, Partidos Amistosos y / o Concursos en deporte subsiguiente(s) en el mismo año escolar, debe completar la Sección 7 de este formulario y debe entregar esa Sección al Director, o la persona designada por el Director, de su escuela. El director, o la persona designada por el director, determinará si es necesario completar la Sección 9.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

INFORMACION PERSONAL

Nombre del estudiante _____ Masculino / Femenino (circule uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: ____ / ____ / ____ Edad del estudiante en el último cumpleaños: _____

Grado del año escolar actual: _____

Dirección física actual _____

Número de teléfono de casa actual () _____

Padre/tutor número de teléfono celular actual () _____

Deporte (s) de otoño: _____ Deporte (s) de invierno: _____ Deporte(s) de primavera: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del padre / tutor _____ Relación _____

Dirección física actual _____

Número de teléfono de contacto de emergencia () _____

Nombre de contacto de emergencia secundaria _____

Relación _____

Dirección de contacto de emergencia _____

Número de teléfono de contacto de emergencia () _____

Número y nombre de póliza de la compañía de seguros médicos _____

Dirección _____ Número de teléfono () _____

Nombre del médico de familia _____ , MD o DO (circule uno)

Dirección _____ Número de teléfono () _____

Alergias del estudiante _____

Condición de salud del estudiante (s) del cual un médico de emergencia u otro médico personal debe conocer

Medicamentos recetados del estudiante y las condiciones para las que se le recetan _____

SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DE PADRE / TUTOR

Los padres / guardianes de estudiante debe completar todas las partes de esta forma.

A. Por la presente doy mi consentimiento para _____ nacido el _____ en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela _____ y un residente del distrito escolar público _____, para participar en Prácticas, Prácticas entre escuelas, Scrimmages, y/o concursos durante el 20____ - año escolar 20____ en los deporte(s) según lo indicado por mi firma (s) a continuación del nombre de dicho deporte (s) aprobado a continuación.

Deportes de Otoño	Firma del padre o guardián	Deportes de Invierno	Firma del padre o guardián	Deportes de Primavera	Firma del padre o guardián
Campo a través		Baloncesto		Béisbol	
Campo Hockey		Bolos		Niños' Lacrosse	
Fútbol Americano		Equipo de espíritu competitivo		Chicas' Lacrosse	
Golf		Chicas' Gimnasia		Softbol	
Fútbol		Rifle		Niños' Tenis	
Chicas' Tenis		Natación y Buceo		Pista y campo (Exterior)	
Chicas' Vóleibol		Pista y campo (Interior)		Niños' Vóleibol	
Agua Polo		Lucha		Otro	
Otro		Otro			

B. Comprensión de las reglas de elegibilidad: Por la presente reconozco que estoy familiarizado con los requisitos de PIAA con respecto a la elegibilidad de los estudiantes de las escuelas miembros de la PIAA para participar en prácticas interescolares, juegos y / o concursos que involucren a las escuelas miembros de la PIAA. Dichos requisitos, que se publican en el sitio web de PIAA en www.piaa.org, incluyen, entre otros, la edad, la condición de aficionado, la asistencia a la escuela, la salud, la transferencia de una escuela a otra, las reglas y regulaciones de temporada y fuera de temporada, semestres de asistencia, temporadas de participación deportiva y rendimiento académico.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

C. Divulgación de registros necesarios para determinar la elegibilidad: Para permitir que PIAA determine si el estudiante aquí mencionado es elegible para participar en deportes interescolares que involucren a las escuelas miembros de PIAA, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación a PIAA de cualquier y todas las partes de los archivos de registros escolares, comenzando el séptimo grado, del estudiante aquí mencionado incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia de los padres o tutores, dirección de residencia del estudiante, registros de salud, trabajo completado, calificaciones recibidas y datos de asistencia.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

D. Permiso para usar nombre, semejanza e información atlética: Doy mi consentimiento para que PIAA use el nombre, semejanza e información relacionada con el deporte del estudiante aquí mencionado en transmisiones de video y retransmisiones, transmisiones por Internet e informes de prácticas entre escuelas, jugadas y / o Concursos, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

E. Permiso para administrar atención médica de emergencia: Doy mi consentimiento para que un proveedor de atención médica de emergencia administre cualquier atención médica de emergencia que se considere aconsejable para el bienestar del estudiante aquí mencionado mientras el estudiante está practicando o participando en Prácticas inter-escolares, Scrimmages y / o Concursos. Además, esta autorización permite, si los esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, que los médicos hospitalicen, aseguren la consulta apropiada, ordenen inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía para el estudiante aquí mencionado. Por la presente, acepto pagar los honorarios de los médicos y / o cirujanos, los cargos hospitalarios y los gastos relacionados por dicha atención médica de emergencia. Además, doy permiso a la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para consultar con el Profesional Médico Autorizado que ejecuta la Sección 7 con respecto a una condición médica o lesión al estudiante aquí mencionado.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

F. Confidencialidad: El personal de la escuela tratará la información de este CIPPE como confidencial. Puede ser utilizado por la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para determinar la elegibilidad atlética, para identificar afecciones médicas y lesiones, y para promover la seguridad y la prevención de lesiones. En caso de una emergencia, la información contenida en este CIPPE puede compartirse con el personal médico de emergencia. La información sobre una lesión o condición médica no se compartirá con el público o los medios de comunicación sin el consentimiento por escrito de los padres o tutores.

Firma del padre / guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

SECCIÓN 3: COMPRENSIÓN DEL RIESGO DE CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA

¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que:

- Es causado por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que funciona normalmente el cerebro de un estudiante.
- Puede ocurrir durante Prácticas y / o Concursos en cualquier deporte.
- Puede suceder incluso si un estudiante no ha perdido el conocimiento.
- Puede ser grave incluso si un estudiante acaba de ser "golpeado" o "han sonado la campana".

Todas las conmociones cerebrales son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad de un estudiante para hacer el trabajo escolar y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de los estudiantes con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo al cerebro del estudiante conmoción cerebral para que se recupere.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden ver; sin embargo, en un estudiante con potencial conmoción cerebral, uno o más de los síntomas enumerados a continuación pueden volverse evidentes y / o que el estudiante "no se sienta bien" poco después, unos días después o incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Molesto por la luz o el ruido
- Sentirse lento, brumoso, con niebla o aturrido
- Dificultad para prestar atención
- Problemas de memoria
- Confusión

¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos u otra persona pueden tener una conmoción cerebral?

• **Los estudiantes que sientan cualquiera de los síntomas descritos anteriormente deben informar inmediatamente a su entrenador ya sus padres.** Además, si notan que algún compañero de equipo presenta tales síntomas, deben informar inmediatamente a su Entrenador.

• **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico con licencia en medicina o medicina osteopatía (MD o DO), suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, debe examinar al estudiante, determinar si el estudiante tiene una conmoción cerebral y determinar cuándo el estudiante tiene autorización para volver a participar en deportes interescolares.

• **Los estudiantes con conmoción cerebral deben darse tiempo para mejorar.** Si un estudiante ha sufrido una conmoción cerebral, el cerebro del estudiante necesita tiempo para sanar. Si bien el cerebro de un estudiante con una conmoción cerebral todavía se está recuperando, es mucho más probable que ese estudiante tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que le toma a un estudiante que ya sufrió una conmoción cerebral recuperarse y pueden causar más daño al cerebro de ese estudiante. Tal daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante con conmoción cerebral descanse y no vuelva a jugar hasta que el estudiante reciba el permiso de un médico o DO, suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, para que el estudiante no tenga síntomas.

¿Cómo pueden los estudiantes prevenir una conmoción cerebral? Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse.

• Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo proteja adecuadamente a un estudiante, debe ser:

El equipo adecuado para el deporte, la posición o la actividad;
Usado correctamente y del tamaño y ajuste correctos; y
Se utiliza cada vez que el estudiante practica y / o compete.

- Siga las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte.
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento.

Si un estudiante cree que puede tener una conmoción cerebral: no lo oculte. Repórtalo. Tómate tu tiempo para recuperarte.

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del estudiante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del padre / guardian _____ Fecha ____ / ____ / ____

Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

<p>1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda): Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infección del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación: Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Mano / Dedos <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación: Superior de la espalda <input type="checkbox"/> Espalda baja <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Pantorrilla/espinilla <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación: Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Mano / Dedos <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/></p> <p>20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>42. ¿No estás contenta(o) con tu peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Preguntas sobre la menstruación: si corresponde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____</p> <p>50. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____</p>
--	--

#s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del estudiante _____ **Fecha** ____ / ____ / ____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del padre / guardian _____ **Fecha** ____ / ____ / ____

DISTRITO ESCOLAR DE LAMPETER-ESTRASBURGO

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PROTOCOLO DE LESIONES DEPORTIVAS

Por favor lea los siguientes procedimientos. Se requiere una firma del padre/tutor y del estudiante en la página 5.

Protocolo/Política de Lesiones Deportivas

Todas las lesiones deportivas que ocurran durante la participación en deportes patrocinados por la escuela deben informarse al entrenador deportivo. Ningún entrenador puede permitir que un estudiante regrese a participar en cualquier actividad atlética hasta que el estudiante sea evaluado y autorizado por escrito para regresar a participar por un profesional médico apropiado aprobado a través de la escuela. La Junta puede designar un profesional médico apropiado específico para proporcionar autorización por escrito para volver a participar. El Distrito se reserva el derecho de impedir que cualquier estudiante participe en una actividad deportiva si se determina que el estudiante no está listo para competir de manera segura. El Distrito también debería considerar exigir la notificación al maestro de educación física y la suspensión de la actividad física en educación física hasta que se obtenga una autorización por escrito. Lampeter-Strasburg elimina el requisito de la PIAA de que las notas de autorización deben provenir de DO/MD. No se aceptarán notas de autorización de fisioterapeutas, quiroprácticos ni de aquellos que no estén enumerados anteriormente.

Protocolo/política sobre lesiones en la cabeza/conmoción cerebral

El Departamento Atlético de Lampeter-Strasburg utiliza el programa informático de manejo de conmociones cerebrales ImPACT para ayudar con la supervisión de lesiones en la cabeza sufridas durante la participación atlética en deportes de contacto. La prueba ImPACT ha sido diseñada específicamente para el tratamiento de conmociones cerebrales relacionadas con los deportes y mide múltiples aspectos del funcionamiento cognitivo, incluida la memoria de trabajo, el tiempo de atención sostenida y selectiva, la resolución de problemas no verbales y el tiempo de reacción. ImPACT es actualmente el programa computarizado más utilizado en el mundo y se implementa de manera efectiva en los niveles de participación deportiva de la escuela secundaria, universitaria y profesional. Para obtener más información sobre la prueba ImPACT, visite su sitio web: www.impacttest.com

Todos los estudiantes-atletas que participen en un deporte de contacto tomarán la prueba neurocognitiva por computadora cada 2 años antes del comienzo de la temporada para proporcionar una prueba de referencia actualizada. (Los deportes de contacto se definen como: fútbol americano, fútbol americano, hockey sobre césped, baloncesto, lucha libre, lacrosse). Si se sufre una lesión en la cabeza durante la actividad, se notificará a los padres/tutores así como al maestro de educación física del estudiante. Luego, el estudiante será evaluado en el sistema ImPACT y los resultados se compararán con la prueba de referencia. Si un estudiante muestra algún signo o síntoma de una conmoción cerebral, el estudiante será excluido de la participación en equipos deportivos (dentro o fuera de temporada), así como de la clase de educación física, hasta que se cumplan los siguientes requisitos:

1. El estudiante no presenta síntomas de conmoción cerebral.
2. El estudiante completa una prueba ImPACT comparable a su prueba inicial.
3. El estudiante recibe el alta médica del entrenador atlético y médico del equipo de Lampeter-Strasburg.

El entrenador atlético de Lampeter-Strasburg y el médico del equipo tienen la autoridad final para autorizar o descalificar a un estudiante para la actividad después de cualquier lesión o enfermedad.

Los estudiantes-atletas en deportes sin contacto no tomarán una prueba ImPACT de referencia. (Sin contacto se define como: campo a través, tenis, golf, bolos, natación, atletismo, béisbol, sóftbol). Por lo tanto, si se sufre una lesión en la cabeza durante la participación, se notificará al padre/tutor así como al Profesor de educación física del alumno. El estudiante será excluido de la participación en equipos deportivos (dentro o fuera de temporada) así como de la clase de educación física, hasta que cumpla con los siguientes requisitos:

1. El estudiante no presenta síntomas de conmoción cerebral.
2. El estudiante recibe el alta médica del entrenador atlético y médico del equipo de Lampeter-Strasburg.

El entrenador atlético de Lampeter-Strasburg y el médico del equipo tienen la autoridad final para autorizar o descalificar a un estudiante para la actividad después de cualquier lesión o enfermedad.

El protocolo que se enumera a continuación son las pautas de la Conferencia Internacional de Ámsterdam de 2022 sobre la conmoción cerebral en el deporte.

Estrategia de regreso al deporte (RTS): cada paso suele tardar un mínimo de 24 horas. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, los pasos 1 a 3 se pueden iniciar tan pronto como 48 horas después de la conclusión de los síntomas. Todos los pasos deben completarse bajo la supervisión del personal médico de la escuela.

Paso	estrategia de ejercicio	Actividad en cada paso.	Meta
1	Actividad limitada por síntomas	Actividades diarias que no exacerban los síntomas (p. ej., caminar).	Reintroducción gradual del trabajo/escuela
2	Ejercicio aeróbico 2A: ligero (hasta aproximadamente 55 % de FC _{máx}) y luego 2B: moderado (hasta aproximadamente el 70 % de la FC máx.)	Bicicleta estática o caminar a ritmo lento o medio. Puede comenzar un entrenamiento de resistencia ligero que no provoque más que una exacerbación leve y breve* de los síntomas de la conmoción cerebral.	aumentar la frecuencia cardíaca
3	Ejercicio individual específico para un deporte. Nota: Si el entrenamiento de un deporte específico implica algún riesgo de impacto involuntario en la cabeza, se debe obtener una autorización médica antes del Paso 3.	Entrenamiento deportivo específico fuera del entorno del equipo (por ejemplo, correr, cambiar de dirección y/o ejercicios de entrenamiento individuales fuera del entorno del equipo). No hay actividades con riesgo de impacto en la cabeza.	Añadir movimiento, cambio de dirección.
Los pasos 4 a 6 deben comenzar después de la resolución de cualquier síntoma, anomalías en la función cognitiva y cualquier otro hallazgo clínico relacionado con la conmoción cerebral actual, incluso durante y después del esfuerzo físico.			
4	Ejercicios de entrenamiento sin contacto	El ejercicio de alta intensidad, incluidos ejercicios de entrenamiento más desafiantes (p. ej., ejercicios de pases, entrenamiento multijugador), se puede integrar en un ambiente de equipo.	Reanudar la intensidad habitual del ejercicio, la coordinación y el aumento del pensamiento.
5	Práctica de contacto completo	Participar en actividades normales de entrenamiento.	Restaurar la confianza y evaluar las habilidades funcionales por parte del cuerpo técnico.
6	volver al deporte	Juego normal.	

*Exacerbación leve y breve de los síntomas (es decir, un aumento de no más de 2 puntos en una escala de 0 a 10 puntos durante menos de una hora en comparación con el valor inicial informado antes de la actividad física). Los atletas pueden comenzar el Paso 1 (es decir, actividad limitada por síntomas) dentro de las 24 horas posteriores a la lesión, y la progresión a través de cada paso posterior generalmente toma un mínimo de 24 horas. Si se produce más que una exacerbación leve de los síntomas (es decir, más de 2 puntos en una escala de 0 a 10) durante los Pasos 1 a 3, el atleta debe detenerse e intentar hacer ejercicio al día siguiente. Los atletas que experimenten síntomas relacionados con una conmoción cerebral durante los Pasos 4 a 6 deben regresar al Paso 3 para establecer la resolución completa de los síntomas con el esfuerzo antes de participar en actividades de riesgo. Un profesional de la salud debe proporcionar una determinación por escrito de la preparación para los RTS antes de los RTS sin restricciones, según lo indiquen las leyes locales y/o las regulaciones deportivas.

Si se presenta algún síntoma después de pasar a un nivel determinado, el atleta debe volver a bajar al nivel en el que había estado asintomático.

Dirija cualquier pregunta a Jen McCrabb 717-669-1989 o Anya Badulak 717-314-2058

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PADRES/ATLETAS SOBRE CONMOCIÓN MENTAL

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática que cambia la forma en que funciona normalmente el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás. Incluso un “ding”, “que suene el timbre” o lo que parece ser un golpe leve en la cabeza puede ser grave.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA CONCUSIÓN?

Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer o notarse hasta días o semanas después de la lesión.

Symptoms reported by Athletes

Headache or “pressure” in head
Nausea or vomiting
Balance problems or dizziness
Double or blurry vision
Sensitivity to light
Sensitivity to noise
Feeling sluggish, hazy, foggy, or groggy
Concentration or memory problems
Confusion
Just not “feeling right” or “feeling down”

Si un atleta reporta **uno o más** síntomas de conmoción cerebral que se enumeran a continuación después de un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo, se le debe mantener fuera del juego el día de la lesión y hasta que un profesional de atención médica con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales lo indique. No tiene síntomas y puede volver a jugar.

Symptoms observed by Coaches

Appears dazed or stunned
Is confused about assignment or position
Forgets an instruction
Is unsure of game, score, or opponent
Moves clumsily
Answers questions slowly
Loses consciousness (even briefly)
Shows mood, behavior, or personality changes
Can't recall events prior to hit or fall
Can't recall events after hit or fall

SEÑAL DE PELIGRO DE CONCUSIÓN

En casos raros, se puede formar un coágulo de sangre peligroso en el cerebro de una persona con una conmoción cerebral y apiñar el cerebro contra el cráneo.

Un atleta debe recibir atención médica inmediata si después de un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo presenta cualquiera de los siguientes signos de peligro:

- Una pupila más grande que la otra.
- Está somnoliento o no puede despertarse.
- Un dolor de cabeza que no sólo no disminuye, sino que empeora
- Debilidad, entumecimiento o disminución de la coordinación.
- Vómitos o náuseas repetidos.
- Habla arrastrada
- Convulsiones o ataques
- No puedo reconocer personas o lugares
- Se vuelve cada vez más confundido, inquieto o agitado.
- Tiene un comportamiento inusual
- Pierde el conocimiento (incluso una pérdida breve del conocimiento debe tomarse en serio)

¿POR QUÉ UN ATLETA DEBE INFORMAR SUS SÍNTOMAS?

Si un atleta sufre una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras el cerebro de un atleta aún se está recuperando, es mucho más probable que sufra otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo necesario para recuperarse. En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas en atletas jóvenes pueden provocar inflamación del cerebro o daño cerebral permanente. ***Incluso pueden ser fatales*** .

¿QUÉ DEBES HACER SI CREES QUE TU ATLETA TIENE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Si sospecha que un atleta tiene una conmoción cerebral, retírelo del juego y busque atención médica. No intente juzgar usted mismo la gravedad de la lesión. Mantenga al atleta fuera de juego el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud, con experiencia en evaluar conmociones cerebrales, diga que no tiene síntomas y que puede volver a jugar. El descanso es clave para ayudar a un atleta a recuperarse de una conmoción cerebral. El ejercicio o las actividades que implican mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o jugar videojuegos, pueden hacer que los síntomas de una conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, regresar a los deportes y a la escuela es un proceso gradual que debe ser manejado y monitoreado cuidadosamente por un profesional de la salud.

RECORDAR

Las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. Si bien la mayoría de los atletas con una conmoción cerebral se recuperan rápida y completamente, algunos tendrán síntomas que durarán días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más. Es mejor perderse un partido que toda la temporada. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/Concussion .

Conserve la *Hoja de información del protocolo de lesiones deportivas* y la *Hoja de información sobre conmociones cerebrales para padres/atletas*.

DEVUELVA el *formulario CIPPE* y la *hoja de acuerdo del protocolo de lesiones deportivas*.

DISTRITO ESCOLAR DE LAMPETER-ESTRASBURGO

ACUERDO DE PROTOCOLO DE LESIONES DEPORTIVAS

Por favor firme y feche lo siguiente. Éste deberá devolverse junto con el examen físico deportivo cumplimentado. No completar y devolver este formulario excluirá al estudiante-atleta de la participación. Gracias.

***He leído la descripción anterior del protocolo/política sobre lesiones deportivas del distrito escolar de Lampeter-Strasburg y la hoja de información sobre conmociones cerebrales para padres/atletas.

***Entiendo y acepto completamente la descripción anterior del Protocolo/Política sobre lesiones deportivas del Distrito Escolar de Lampeter-Strasburg.

Firma del padre/tutor : _____

Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del estudiante en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Deporte: _____

El grado será durante el deporte indicado: _____

DISTRETTO SCOLASTICO LAMPETER-STRASBURG

MODULO EMERGENZA SPORTIVA

IL PRESENTE MODULO È IL MODULO DI EMERGENZA CHE VERRÀ CONSERVATO NEL KIT MEDICO DELLA SQUADRA SPORTIVA.

SI PREGA DI STAMPARE CHIARAMENTE CON INCHIOSTRO.

Nome dello studente _____ Data di nascita: _____ Grado _____ Sport _____

INFORMAZIONE PERSONALE :

Indirizzo _____ Città _____ CAP _____

Telefono di casa _____ Genitori/Tutori _____

Luogo di lavoro del padre _____ Telefono lavoro _____ Cellulare _____

Luogo di lavoro della madre _____ Telefono lavoro _____ Cellulare _____

Medico di famiglia _____ Telefono _____ Preferenza ospedaliera _____

Persona alternativa responsabile del bambino _____ Telefono _____

COPERTURA ASSICURATIVA:

A tutti gli studenti che partecipano all'atletica interscolastica viene fornita un'assicurazione contro gli infortuni degli studenti da parte del distretto scolastico con i termini di tale copertura dettati dalla polizza in archivio presso il distretto scolastico. La copertura prevista riguarda l'infortunio dello studente durante la pratica di uno sport interscolastico. La copertura fornita dal distretto è secondaria rispetto alla copertura del genitore.

AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE/TUTORE:

Concedo il permesso a mio figlio di far curare gli infortuni dal preparatore atletico e dal medico della squadra e al personale medico, a sua discrezione, di rilasciare informazioni mediche sulla cartella clinica scolastica a coloro che il personale medico ritiene necessari. Se è necessario un ospedale, concedo il permesso di trasportare mio figlio all'ospedale più vicino e mi assumo la responsabilità delle spese sostenute per tale emergenza. Comprendo che il preparatore atletico e il medico della squadra hanno l'autorità finale per autorizzare o squalificare mio figlio dall'attività a seguito di qualsiasi infortunio o malattia.

Le informazioni fornite in questo modulo sono vere e complete per quanto di mia conoscenza.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____

DATA _____

STORIA MEDICA:

Si prega di spiegare eventuali risposte "Sì".

Asma

Diabete

Problemi di cuore

Problemi di vista

Allergie ad alimenti/farmaci/insetti

Storia della malattia da calore

Storia della commozione cerebrale
(data, sintomi, durata del recupero)

Condizioni mediche speciali
(non altrimenti elencato) _____

Data della più recente vaccinazione contro il tetano _____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____ DATA _____