

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Estimado padre / tutor:

Con el fin de brindar la mejor atención médica posible a su hijo o pupilo (en adelante, en conjunto, "niño"), se establecerá un registro médico para él / ella. Si su hijo se lesiona mientras practica deportes, este registro proporcionará información importante sobre él / ella. Por favor complete y firme como se indica y devuélvalo al entrenador de su hijo. Su firma sirve como permiso para tratar a su hijo hasta los 18 años de edad o hasta que haya completado la participación en la actividad.

### **ESTA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE ANTES DE QUE SU HIJO PUEDA SER EVALUADO / TRATADO POR CUALQUIER LESIÓN QUE PUEDA OCURRIR**

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección del atleta: \_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Dirección del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Número de contacto garantizado:

buscapersonas, teléfono celular, etc. \_\_\_\_\_ **INFORMACIÓN**

### **DEL SEGURO**

***Primario: Secundario::***

Nombre de la empresa Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de y / o grupo:

\_\_\_\_\_ y / o grupo: \_\_\_\_\_ **Apóliza Número de**

### **póliza **ALERGIAS / CONDICIONES MÉDICAS****

El \_\_\_\_\_ médico \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ mi \_\_\_\_\_ hijo \_\_\_\_\_ es:

\_\_\_\_\_ Mi hijo está tomando

actualmente los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi hijo tiene las siguientes alergias o condiciones médicas:

\_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PADRES**

DE LO SEI abajo firmante otorga el consentimiento a \_\_\_\_\_

niño mencionado anteriormente para recibir una evaluación y el tratamiento de cualquier lesión que pueda sufrir durante el año escolar. El tratamiento de las lesiones incluiría la aplicación de modalidades como frío, calor, estimulación muscular eléctrica y / o ultrasonido si fuera necesario, así como ejercicios terapéuticos, para acelerar la recuperación y volver a la actividad de forma segura.

### **COMUNICADO MÉDICO**

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que los funcionarios escolares, acompañantes o representantes de \_\_\_\_\_ que participe en la actividad con mi hijo para buscar atención médica o prestar primeros auxilios si dicha atención es necesaria a discreción de dicha persona involucrada. En caso de emergencia, y cuando no puedan ser contactados inmediatamente, doy permiso al médico seleccionado por los funcionarios de la escuela para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado, ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo.

### **RECONOCIMIENTO DE RIESGO**

Tanto el estudiante como el padre / tutor deben leer esta declaración detenidamente. Debe tener en cuenta que jugar, practicar, acondicionar y prepararse para la participación en cualquier deporte puede ser una actividad peligrosa que implica riesgos de lesiones. Los peligros y riesgos de la participación deportiva incluyen, pero no se limitan a: muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y / o la columna que pueden resultar en parálisis total o parcial, daño cerebral, lesiones graves en prácticamente todos los órganos internos, lesiones graves en prácticamente todos los órganos internos. todos los huesos, articulaciones, ligamentos, tendones y otros aspectos del cuerpo, salud general y bienestar. Debido a los peligros de participar en deportes, el estudiante debe reconocer la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y las reglas de otros equipos y obedecer dicha instrucción.

### **ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Es mi deseo que mi hijo participe en tales actividades atléticas para las cuales el consentimiento para el tratamiento, la divulgación médica y el reconocimiento de riesgo dentro de mí lo estoy dando como padre o tutor legal de dicho niño y como una condición previa para mi hijo. participación en tales actividades atléticas. Entiendo completamente la importancia, las consecuencias y los efectos del consentimiento para el tratamiento, la divulgación médica y el reconocimiento de riesgo que estoy asumiendo en mi nombre y en el de mi hijo, he revelado completamente cualquier medicamento, alergia o condición médica que mi hijo pueda haberlo hecho, y asumo toda la responsabilidad por cualquier acción que se tome de acuerdo con las disposiciones del presente.

## **EL FIRMADO CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y COMPRENDE LO ANTERIOR.**

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE / TUTOR FECHA

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor en letra de imprenta

\_\_\_\_\_ FECHA DEL ESTUDIANTE ATLETA

\_\_\_\_\_  
Nombre del deportista en letra de imprenta

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y PODER LIMITADO DE ABOGADO**  
**Para la participación en actividades fuera del campus y viajes de estudio patrocinado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas**

Yo, (nombre del padre / tutor) \_\_\_\_\_, los abajo firmantes, con el fin de que mi hijo (nombre del niño) \_\_\_\_\_ de participar en actividades fuera del campus y viajes de estudios patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, por la presente estado y aceptan lo siguiente:

1. En consideración de permiso que se concede a mi hijo a participar en las excursiones y actividades que se están patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, estoy entrando en este acuerdo de liberación que se extiende al Distrito Escolar del Condado de Thomas, sus agentes, empleados, voluntarios, representantes, sucesores o cesionarios, tanto individualmente como en cualquier capacidad, (en lo sucesivo, liberados).

2. Cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas o su representante tiene mi permiso para autorizar la atención médica de emergencia para mi hijo. Mis creencias religiosas no se oponen a cualquier medicamento o procedimientos normales de emergencia. Mi compañía de seguros de salud y número de la póliza son:

Compañía de Seguro. \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza. \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, me puede llamar a los siguientes números: \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

3. Yo constituyo más y por este medio y nombrar a cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del condado de Thomas como mi abogado-en-hecho para hacer cualquiera y todas las decisiones que él o ella cree que es en el mejor interés de mi hijo como a la obtención de emergencia atención médica. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento.

4. Entiendo que seré responsable de los costos de los servicios médicos proporcionados a mi hijo, y la chaperona (s) están autorizados a firmar cualquier documentación necesaria como mi abogado-en-hecho en cualquier centro médico que proporciona servicios médicos para mi niño.

5. Por la presente otorgo Distrito Escolar condado de Thomas y sus agentes plena autoridad para tomar las medidas que consideren estar justificada bajo las circunstancias relativas a la salud y la seguridad de mi hijo, y yo libero plenamente de toda responsabilidad por las decisiones o acciones que sean tomada en relación con el presente. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento. Entiendo que soy responsable de la cobertura de seguro médico de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

1. Alergias a medicamentos conocidos: \_\_\_\_\_

2. Ultimas vacunas recibidas de Tetanus: \_\_\_\_\_

3. Historia de condicion del corazon, diabetes, epilepsia, o fiebre reumatica: (favor de describir)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Medicamentos actualmentes tomando: \_\_\_\_\_

5. Alguna restriccion fisica: \_\_\_\_\_

6. Otras condiciones: \_\_\_\_\_

7. Nombre del Doctor de familia y numero de telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Nombre cercano de relativos y numero de telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefono del Hogar

Telefono del Trabajo

Por favor, haga que su niño sepa y entienda el Código de Conducta se encuentra en el manual- del estudiante - cualquiera persona que viole estas reglas puede ser enviado a su casa por su propia cuenta, causar participantes de la escuela a ser enviado a casa, o de otra manera descalificarlo de la escuela de la participación en la actividad.

**Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia**  
**Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino**

Escuela: \_\_\_\_\_

### **1: Aprende las primeras señales de advertencia**

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolor torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en repuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

### **2. Aprende a reconocer un paro cardiaco repentino**

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

### **3. Aprende solo las manos RCP**

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitals hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodílese al lado de la victima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otro, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una victim que no necesita un shock.

***Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino , yo doy \_\_\_\_\_ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2020-2021. Este formulario será almacenado por el \_\_\_\_\_ sistema escolar.***

***HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.***

\_\_\_\_\_  
***Nombre del Estudiante (Impreso)    Nombre del Estudiante (Firmado)    Fecha***

\_\_\_\_\_  
***Nombre del Padre (Impreso)    Nombre del Padre (Firmado)    Fecha***

**Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia**  
**Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociones Cerebrales**

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**PELIGROS DE CONMOCIONES CEREBRALES**

Conmociones Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIONES CEREBRALES**

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Perdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

**POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA:** De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional medico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención medica adecuado puede incluir un medico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un medico con licencia como una enfermera practicante, un asistente medico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones cerebrales.

- a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
- b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despedido con la autorización medica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

*Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy \_\_\_\_\_ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2020-2021. Este formulario será almacenado por el \_\_\_\_\_ sistema escolar.*

**HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.**

Nombre del Estudiante (Impreso)	Nombre del Estudiante (Firmado)	Fecha
Nombre del Padre (Impreso)	Nombre del Padre (Firmado)	Fecha



- 2.67 **Política de prácticas durante calor y con humedad:**
- (a) Las escuelas deben seguir la política estatal para realizar prácticas y entrenamientos de acondicionamiento voluntario (esta política es durante todo el año, incluso durante el verano) en todos los deportes durante momentos de calor y / o humedad extremadamente altos que serán firmados por cada entrenador a cargo al comienzo de cada temporada y distribuidos a todos los jugadores y sus padres o tutores. La política debe seguir las pautas modificadas del Colegio Americano de Medicina del Deporte con respecto a:
    - (1) La programación de prácticas en varios niveles de calor / humedad.
    - (2) La relación entre el tiempo de entrenamiento y el tiempo asignado para el descanso y la hidratación en varios niveles de calor / humedad.
    - (3) Los niveles de calor / humedad que darán como resultado el terminar la práctica.
  - (b) El instrumento científicamente aprobado que mide la temperatura "Termómetro de Bulbo Húmedo" (WBGT) debe utilizarse en cada práctica para garantizar que la política escrita se siga correctamente. Las lecturas WBGT deben tomarse cada hora, empezando 30 minutos antes del comienzo de la práctica.

#### **"WBGT" PAUTAS DE ACTIVIDAD Y PAUTAS DE DESCANSO**

Menos de 82.0 Actividades normales: proporcione al menos tres descansos separados cada hora con una duración mínima de 3 minutos cada uno durante el entrenamiento.

82.0 - 86.9 Use discreción para el ejercicio intenso o prolongado; Vigile cuidadosamente a los jugadores en riesgo. Proporcione al menos tres descansos separados cada hora con una duración mínima de 4 minutos cada uno.

87.0 - 89.9 El tiempo máximo de práctica es de 2 horas. Para jugadores de fútbol: los jugadores están restringidos a casco, hombreras y pantalones cortos durante la práctica, y todo el equipo de protección debe quitarse durante la práctica y actividades de acondicionamiento. Si el WBGT se eleva a este nivel durante la práctica, los jugadores pueden continuar entrenando, usando pantalones de fútbol sin cambiarse a pantalones cortos. Para todos los deportes: Proporcione al menos cuatro descansos separados cada hora con una duración mínima de 4 minutos cada uno.

90.0 - 92.0 El tiempo máximo de práctica es de 1 hora. Para jugadores de fútbol: no se puede usar equipo de protección durante la práctica, y puede que no haya actividades de acondicionamiento. Para todos los deportes: Debe haber 20 minutos de descansos distribuidos a lo largo de la hora de práctica.

Más de 92.0 No hay entrenamientos al aire libre. Se retrasa la práctica hasta que se alcance un nivel WBGT más frío.

- (c) Las prácticas se definen como: el período de tiempo que un individuo participa en un deporte supervisado por el entrenador, aprobado por la escuela o actividad relacionada con el acondicionamiento. Las prácticas se cronometran desde el momento en que los jugadores se reportan al área de práctica o entrenamiento hasta que los jugadores abandonan esa área. Si una práctica se interrumpe por una razón relacionada con el clima, el "reloj" de esa práctica se detendrá y comenzará de nuevo cuando se reanude la práctica.
- (d) Las actividades de acondicionamiento incluyen cosas tales como entrenamiento con pesas, esprints de viento, carreras cronometradas para la distancia, etc., y pueden ser parte del tiempo de práctica o incluidas en "entrenamientos voluntarios".
- (e) Un recorrido no es parte de la regulación del tiempo de práctica y no puede durar más de una hora. Esta actividad no puede incluir actividades de acondicionamiento o simulacros de contacto. No se puede usar equipo de protección durante un recorrido, y no se pueden realizar simulacros a toda velocidad.
- (f) Los descansos no se pueden combinar con ningún otro tipo de actividad y los jugadores deben tener acceso ilimitado a la hidratación. Estos descansos deben llevarse a cabo en una "zona fresca" donde los jugadores están fuera de la luz solar directa.
- (g) Cuando la lectura "WBGT" es superior a 86, las toallas de hielo y las botellas de spray llenas de agua helada deben estar disponibles en la "zona fría" para ayudar al proceso de enfriamiento Y las bañeras de inmersión en frío debe estar disponible para el beneficio de cualquier jugador que muestre signos tempranos de enfermedad por calor. En el caso de una Lectura Electrónica de salud "EHI" grave, el principio de "Enfriar primero, transporte segundo" debe ser utilizado e implementado por el primer proveedor médico en el sitio hasta que se complete el enfriamiento (temperatura central de 103 o menos).

Firma del entrenador principal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del atleta \_\_\_\_\_ Firma del padre(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_