Aplicación de Deportes

Escuela Secundaria Coast Union

Los estudiantes interesados en participar en los deportes en CUHS deberán presentar el formulario adjunto al departamento Atlético antes de asistir a la primera práctica o competir en un evento atlético. Los estudiantes no podrán practicar o competir sin la autorización del Director Atlético. ¡No habrá excepciones!

Los formularios adjuntos deben ser leídos, completados y firmados por el padre / tutor y el estudiante atleta cuando corresponda. Los formularios incompletos no serán aceptados.

Los estudiantes no deberán deber ninguna obligación financiera (uniformes deben ser devueltos) y deberán ser académicamente elegibles (2.0 o superior con F)

Los siguientes formularios son para que los lea y los archive para su conveniencia:

1. Una hoja informativa para padres de la escuela preparatoria (Atención a la conmoción cerebral)
2. Una hoja informativa para atletas de la preparatoria (Atención a la conmoción cerebral)
3. Opioides recetados: Lo que usted necesita saber

Los siguientes formularios deberán ser leídos, completados, firmados y devueltos a la Srta. Megan Swanlund en el cuarto de entrenamiento Atlético o a la oficina principal:

1. Formulario de Autorización médica y de información del estudiante atleta
2. Formulario de cobertura de seguro
3. Formulario de participación en actividades voluntarias
4. Formulario de reconocimiento de información sobre conmociones cerebrales
5. Formulario codigo de ETICA CIF Seccion Sur
6. Evaluación física previa a la participación:formulario evaluacion historial
7. Evaluación física previa a la participación-Formulario de examen físico

Escuela Secundaria Coast Union
Información de Atlética del Estudiante y Autorización Médica

Toda la información es requerida y debe ser completada por el padre o tutor del estudiante. Todas las firmas son requeridas

Use tinta negra o azul y use letra imprenta.

Nombre completo de los atletas: _____ Teléfono del hogar: _____
Nombre MI Apellido

Dirección física: _____
Dirección postal Ciudad Código postal

Fecha de nacimiento_____ Edad_____ Grado_____ _____

Nombre de la madre: _____Teléfono de casa _____Trabajo #_____Celular#_____

Nombre del padre: _____ Teléfono de casa _____Trabajo #_____Celular #_____

En caso de emergencia si el padre (s) no puede ser contactado, notifique:

Nombre: _____ Relación _____Inicio #_____Trabajo #_____

Nombre: _____ Relación _____Inicio #_____Trabajo #_____

¿Eres un estudiante interdistrital? ¿Alguna vez jugaste para un equipo en otra escuela secundaria? Si _____ no____
¿Si es que sí, dónde? _____¿Que deporte? _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Como padre o tutor legal del atleta mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que cualquier hospital, centro de emergencia, médico, enfermera y / o paramédico, autorice el tratamiento de mi hijo, siempre que el hospital no pueda comunicarse con un padre. o tutor en los números telefónicos mencionados anteriormente. Además, si el médico tratante determina, después del examen, que pueden ser necesarios procedimientos para salvar vidas; se extiende permiso a las partes antes mencionadas para otorgar el mismo. Además, me comprometo a mantener indemne al personal del Distrito Escolar Unificado de Coast y el Consejo de Fideicomisarios del Distrito Escolar Unificado de Coast por mi acción de otorgar dicho permiso.

_____ _____ _____
Firma del padre / tutor Nombre impreso del padre / tutor Fecha

Autorización para tratar

Yo, el padre / tutor del nombre anterior estudiante entiendo que mi estudiante atleta puede resultar lesionado mientras participa en atletismo patrocinado por la escuela. Por la presente otorgo autorización al Equipo de Medicina Deportiva, compuesto, entre otros, por el entrenador de atletismo, terapeuta físico aprobado, médicos para administrar cualquier tratamiento preventivo, de primeros auxilios o de emergencia para evaluar y examinar a mi estudiante atleta con el fin de intentar aliviar y tratar cualquier herida recibida mientras participa en Coast Union High School. Entiendo que existe la posibilidad de complicaciones y consecuencias imprevistas en cualquier tratamiento médico, y asumo cualquier riesgo en mi nombre y en el menor. Reconozco que no se está garantizando el resultado de ningún tratamiento.

_____ _____ _____
Firma del padre / tutor Nombre (letra imprenta) del padre / tutor: Fecha

Autorización para divulgar y otorgar consentimiento para intercambiar información médica

'Yo, autorizo / doy mi consentimiento para que el equipo de Medicina Deportiva divulgue información sobre la información médica protegida (PHI) de mi estudiante y la información relacionada con una lesión o enfermedad que pueda ocurrir durante el entrenamiento y la participación del atleta en cualquier atleta, director deportivo o funcionario escolar en relación con la participación de mi estudiante en deportes inter-escolares. Esta información de salud protegida puede referirse al estado médico, la condición médica, las lesiones, el pronóstico, el diagnóstico, el estado de participación del atleta y la información de salud personal identificable del atleta del estudiante. Esta información protegida puede divulgarse a otros proveedores de atención médica, hospitales y / o clínicas y laboratorios médicos, entrenadores deportivos, entrenadores deportivos, coordinadores de seguros médicos, administradores atléticos o escolares, y funcionarios del deporte de atletas estudiantes con el fin de mantener la continuidad de cuidado.

_____ _____ _____
Firma del padre / tutor Nombre (letra imprenta) del padre / tutor Fecha

Cobertura de Seguro

California. ED. El código requiere cobertura de seguro para todos los estudiantes que deseen participar en deportes interescolares.

Self-Insured School of California (SISC) ofrece un plan básico de autoaseguramiento que brinda hasta $2,500 por lesiones accidentales, sin costo para usted, mientras asiste a la escuela y participa en actividades y deportes patrocinados por la escuela. Si se tiene cualquier otra póliza de seguro de salud a nombre de un estudiante de Coast Union High School, la cobertura de SISC es secundaria. Para los estudiantes que no estén cubiertos por ningún otro programa de seguro de salud, el seguro SISC será primario.

Se excluye el Fútbol americano de placa de escuela preparatoria de este plano. Si su hijo se lesiona mientras participa en un juego de fútbol americano en la escuela preparatoria, el Plan Básico Autoasegurado de SISC no proporciona ninguna compensación financiera por esa lesión. Muchas compañías de seguros de salud excluyen la cobertura de tackle Football. **Por favor lea su póliza, es posible que necesite cobertura adicional.**

Cobertura de placaje de fútbol americano de SISC

La cobertura de fútbol americano de placaje de SISC se puede comprar por separado y brinda protección contra un accidente que ocurra mientras se practica, se participa, se participa en un juego de fútbol americano de placaje programado regularmente y patrocinado por la escuela o se viaja como miembro del equipo en el transporte escolar hacia o desde juegos que no se encuentran en los terrenos de la escuela.

Nombre del Estudiante - Atleta:_____

____ No,no quiero comprar la Cobertura SISC Tackle Football. Tengo una Póliza de seguro que brinda cobertura adecuada para Tackle Football, tambien acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Coast Unified School District de cualquier y toda responsabilidad u obligación que surja de o esté relacionada de alguna manera con el requisito bajo la sección del código antes mencionado para el estudiante mencionado anteriormente.

____ Si, quiero comprar la Cobertura SISC Tackle Football.

Cobertura Suplementaria de Accidentes para Estudiantes

SISC también ofrece Cobertura Complementaria de Accidentes para aquellos estudiantes que puedan participar en otros deportes, en lugar de o además del fútbol americano.

____ Si,Quiero contratar la Cobertura Suplementaria de Accidentes para Estudiantes SISC

____ No, no quiero contratar la Cobertura Complementaria de Accidentes para Estudiantes de SISC

Tipo de Cobertura	Beneficio Maximo	Costo de la prima Anual	Notas
Basica	$2,500	Gratis	No Cubre Futbol
Hecho Suplementario	$25,000	$25.00	No Cubre Futbol
Tackle Football	$15,000	$60.00	Cubre Futbol Americano

*se pueden encontrar detalles adicionales en los folletos de SISC

Información adicional

Por favor, no asuma que su hijo no califica para el seguro de salud. Algunos estudiantes pueden calificar para inscribirse en programas de seguros de salud patrocinados por el gobierno federal estatal o local sin costo o de bajo costo. Si no esta seguro, puede obtener información sobre estos programas a continuación :

4. Programa de Healthy Families: (888)747-1222
5. Programa de Medi-Cal: (888)880-5305
6. Programa de Seguro Complementario SISC: (661)636-4736
   Contacto: Elsa Lara

COAST UNION SCHOOL DISTRICT

Formulario de participación en actividades deportivas

Para atletismo, actividades de ASB y actividades patrocinadas por la escuela

CONOCIMIENTO Y SUPOSICIÓN DE RIESGO POTENCIAL

Yo entiendo y tengo conocimiento que estas actividades, por su naturaleza, ponen un riesgo serio y potencial de heridas/enfermedad al individuo quien participe en dichas actividades.

Yo entiendo y tengo conocimiento que algunas de las heridas/enfermedad que pueden resultar per participar en estas actividades incluyen, pero no están limitadas a:

1. Torceduras/ zafaduras
2. Huesos Fracturados
3. Perder la Conciencia
4. Heridas de Cabeza y/o espina
5. Lesión cerebral traumática
6. Paralisis
7. Pérdida de la vista
8. Enfermedades comunicativas
9. Muerte

Entiendo y reconozco que la participación en estas actividades es completamente voluntaria y, como tal, no es requerida por el Distrito para el crédito del curso o para completar los requisitos de graduación.

Entiendo y reconozco que para poder participar en estas actividades, mi hijo y yo acordamos asumir responsabilidad por cualquier riesgo potencial que pueda estar asociado con la participación en tales actividades.

Entiendo, reconozco y acepto que el Distrito Escolar Unificado de Coast, sus empleados, oficiales, agentes o voluntarios no serán responsables y por la presente renuncio, los libero de cualquier reclamo, demanda, obligación o causa de acción en el futuro. cualquier lesión / enfermedad o daño a la propiedad sufrido por mi hijo que surja como resultado de participar o recibir instrucción en dichas actividades o cualquier actividad que sea incidental a la misma.

Yo, _____ (Estudiante) reconoce que he leído cuidadosamente este "Formulario de participación en actividades deportivas" y que entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Me doy cuenta de que hay riesgos involucrados en mi participación que incluyen una amplia gama de lesiones, desde leves hasta graves. Reconozco la posibilidad de que muera, quede paralizado o sufra otras discapacidades permanentes como resultado de mi participación. Estoy de acuerdo en aceptar este riesgo como una condición de mi participación.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Yo, _____ (padre/tutor), reconozco que he leído cuidadosamente este "Formulario de participación en actividades voluntarias" y que entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Me doy cuenta de que existen riesgos involucrados en la participación de mi hijo que incluyen una amplia gama de lesiones, desde leves hasta graves. Reconozco la posibilidad de que mi hijo muera, quede paralizado o sufra otras discapacidades permanentes como resultado de su participación. Estoy de acuerdo en aceptar este riesgo como una condición de su participación.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Drogas para mejorar el rendimiento

El Distrito Escolar Unificado de Coast prohíbe el uso de cualquier esteroide anabólico / androgénico. Como estudiante atleta, no usaré ni participaré en el uso de esteroides o cualquier otro medicamento para mejorar el rendimiento que no haya sido recetado por un médico con licencia.

Firma del estudiante atleta: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha: _____

Consentimiento de búsqueda

Reconozco que, como padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente, he tomado las medidas necesarias para asegurar que los artículos (mochilas, cofres de hielo, bolsas de deporte, etc.) que mi hijo / hija traiga a cualquier evento deportivo sean apropiados. Además, estoy de acuerdo en que, como miembro del equipo, los artículos de mano de mi hijo pueden buscarse en cualquier evento deportivo que requiera transporte del distrito. Si el estudiante o el padre no dan su consentimiento para dicha búsqueda, el estudiante perderá el derecho a viajar y participar en el evento deportivo.

Firma del estudiante atleta: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Código de conducta de actividades extracurriculares de CUHS

He leído y entiendo el contenido del Manual del Estudiante de CUHS y cumpliré con las reglas establecidas por la Administración de Coast USD.*(El manual del estudiante de CUHS se puede encontrar en: https://coastunion.coastusd.org/students/handbook)*

Firma del estudiante atleta: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DE CONMOCIÓN

Protocolo de Manejo de Lesiones en la Cabeza

A.B 2127 y los estatutos CIF exigen un cronograma MINIMO, pero los expertos médicos reconocen que muchos pacientes adolescentes con conmoción cerebral pueden tardar mucho más en recuperarse. Tenga siempre cuidado, ya que volver a practicar y jugar demasiado rápido puede tener consecuencias catastróficas.

1. La educación sobre conmociones cerebrales para entrenadores, padres y estudiantes estará disponible durante todo el año escolar. La información incluirá el reconocimiento de una conmoción cerebral y la importancia de informar los signos y síntomas a un proveedor de atención médica, a los padres y al entrenador.
2. Los exámenes ImPACT se utilizarán para establecer puntuaciones cognitivas de referencia (fútbol Americano, baloncesto y fútbol) y nuevamente en caso de una conmoción cerebral.
    a. Los exámenes de referencia se realizarán antes de las prácticas de contacto al comienzo de la temporada deportiva. Las pruebas de referencia son válidas por dos años.
    b. Según las pautas de la empresa ImPACT, se recomienda realizar exámenes posteriores a una conmoción cerebral dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la lesión. El examen se repite una vez que el atleta está asintomático o a intervalos semanales. Si el caso es leve y la vuelta al juego es inminente, el examen podrá realizarse dos veces por semana, pero nunca más de esta cantidad.
    c. Los resultados pueden ser interpretados por el médico del equipo, médico de familia, neurólogo y neuropsicólogo.
    d. Si el atleta no tiene una línea de base registrada, aún se le puede realizar una prueba posterior a la lesión, ya que los resultados se pueden comparar con la gran base de datos normativa de ImPACT
3. Cualquier atleta que se sospeche que ha sufrido una conmoción cerebral será retirado del juego inmediatamente y no se le permitirá regresar a jugar el mismo día.
4. Todos los atletas que sufran cualquier tipo de lesión en la cabeza, independientemente de su gravedad, deben ser evaluados y se debe completar el formulario de evaluación SCAT6.
5. Cada atleta con sospecha de conmoción cerebral también debe ser entregado a un padre o adulto que firmará el formulario de Instrucción de cuidado en el hogar.
6. Las pautas de los exámenes y el regreso al deporte seguirán la Declaración de Consenso de la 6ta Conferencia Internacional sobre Conmoción Cerebral en el Deporte y el Código de Educación de California, Sección 49475 y los Estatutos de CIF. Para poder regresar al deporte, **el atleta no debe tener síntomas físicos ni cognitivos** y **debe contar con una autorización MD/DO por escrito.**
7. El entrenador atlético hará un seguimiento diario del atleta lesionado, utilizando la lista de verificación de síntomas graduados.
8. Se documentarán todas las notas, incluida la evaluación inicial y la comunicación entre padres y médicos.
9. Se seguirán las pautas de Regreso Gradual al Deporte en todos los casos de lesión cerebral confirmada.
    - Al menos un día en cada paso.
    - Si no regresan los síntomas durante o al día siguiente, podrá pasar a la siguiente fase.
    - Si se presenta algún síntoma físico o cognitivo, durante o al día siguiente, se vuelve a la fase anterior.
    -Tiempo **mínimo** para volver al contacto total = 7 días, según la ley estatal.

Por favor guarde la "hoja informativa para atletas de secundaria" y la "Hoja informativa para padres de secundaria" para su referencia.

He leído y entiendo la "Hoja informativa para atletas de secundaria" sobre las conmociones cerebrales y hable con mis padres o tutor legal sobre qué hacer si tengo una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

Nombre del atleta impreso:_____ Fecha:_____

Firma del atleta:_____

He leído y comprendido la "Hoja informativa para padres de escuela secundaria" sobre las conmociones cerebrales con mi hijo y hable sobre qué hacer si sufre una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

Nombre del padre o tutor legal impreso: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal:_____

10932 Pine Street
Los Alamitos, California 90720

562-493-9500
www.cifss.org

Code of Ethics – Athletes

DO NOT SEND TO CIF SOUTHERN SECTION
A copy of this form must be kept on file in the athletic director's office at the local high school.

Athletics is an integral part of the school's total educational program. All school activities, curricular and extra-curricular, in the classroom and on the playing field, must be congruent with the school's stated goals and objectives established for the intellectual, physical, social and moral development of its students. It is within this context that the following Code of Ethics is presented.

As an athlete, I understand that it is my responsibility to:

1. Place academic achievement as the highest priority.
2. Show respect for teammates, opponents, officials and coaches.
3. Respect the integrity and judgment of game officials.
4. Exhibit fair play, sportsmanship and proper conduct on and off the playing field.
5. Maintain a high level of safety awareness.
6. Refrain from the use of profanity, vulgarity and other offensive language and gestures.
7. Adhere to the established rules and standards of the game to be played.
8. Respect all equipment and use it safely and appropriately.
9. Refrain from the use of alcohol, tobacco, illegal and non-prescriptive drugs, anabolic steroids or any substance to increase physical development or performance that is not approved by the United States Food and Drug Administration, Surgeon General of the United States or American Medical Association.
10. Know and follow all state, section and school athletic rules and regulations as they pertain to eligibility and sports participation.
11. Win with character, lose with dignity.

As a condition of membership in the CIF, all schools shall adopt policies prohibiting the use and abuse of androgenic/anabolic steroids. All member schools shall have participating students and their parents, legal guardian/caregiver agree that the athlete will not use steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition (Article 503.I).

By signing below, both the participating student athlete and the parents, legal guardian/caregiver hereby agree that the student shall not use androgenic/anabolic steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition. We recognize that under CIF Bylaw 202, there could be penalties for false or fraudulent information. We also understand that the _____ _____ (school/school district name) policy regarding the use of illegal drugs will be enforced for any violations of these rules.

_____
Printed Name of Student Athlete

_____ Date
Signature of Student Athlete

_____ Date
Signature of Parent/Caregiver

Revised 7/7/23

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

_____

_____

_____

Tienes alergias ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.
☐ Medicamentos ☐ Polen ☐ Comida ☐ Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	**Sí**	**No**
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente ☐ Presión alta ☐ Un soplo en el corazón ☐ Nivel alto de colesterol ☐ Una infección en el corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otro:		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en sucorazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depranocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

©2010 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.

Hoja informativa para
PADRES CON HIJOS QUE PARTICIPAN EN DEPORTES JUVENILES

ATENCIÓN
CONMOCIÓN CEREBRAL EN EL DEPORTE JUVENIL

Esta hoja contine información para ayudarle a proteger a sus niños o adolescentes de una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática o TBI (por sus siglas en inglés) causada por un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o por un golpe en el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápida y repentinamente hacia adelante y hacia atrás. Este movimiento rápido puede hacer que el cerebro rebote o gire dentro del cráneo y provoque cambios químicos en el cerebro, y a veces hace que las células cerebrales se estiren y se dañen.

¿Cómo puedo mantener a mis niños o adolescentes a salvo?

Los deportes son una buena manera para que los niños y los adolescentes se mantengan saludables y los ayudan a que les vaya bien en la escuela. Para ayudar a reducir las probabilidades de que sus niños o adolescentes tengan una conmoción cerebral, usted debe:

- Ayudar a crear una cultura de seguridad para el equipo.
  - › Junto con el entrenador, enséñeles maneras de disminuir las probabilidades de sufrir una conmoción cerebral.
  - › Ponga énfasis en la importancia de notificar las conmociones cerebrales y tomarse el tiempo para recuperarse de estas.
  - › Asegúrese de que sigan las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte.
  - › Explíqueles a sus niños o adolescentes que espera que mantengan el espíritu deportivo en todo momento.
- Cuando sea adecuado para el deporte o la actividad, enséñeles a que deben usar un casco para disminuir sus probabilidades de sufrir los tipos más graves de lesiones en la cabeza o el cerebro. No exite un casco "a prueba" de lesiones cerebrales. Incluso con un casco, es importante que los niños y los adolescentes eviten golpes en la cabeza.

¿Cómo puedo indentificar una posible conmoción cerebral?

Los niños y los adolescentes que muestran o notifican uno o más signos y síntomas enumerados a continuación, o simplemente dicen que no se "sienten del todo bien" después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, podrían tener una comoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

Signos observados por los padres

- Parece estar aturdido o desorientado.
- Se olvida de una instrucción, está confundido sobre su deber o posición, o no está seguro del juego, puntaje u de quién es su oponente.
- Se mueve con torpeza.
- Responde a las preguntas con lentitud.
- Pierde el conocimiento *(aunque sea por poco tiempo)*.
- Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad.
- No puede recordar eventos *antes* o *después* de un golpe o una caída.

Síntomas reportados por los niños y los adolescentes

- Dolor o "presión" en la cabeza.
- Náuseas o vómitos.
- Problemas de equilibrio o mareo, o visión borrosa o doble.
- Sensibilidad a la luz o al ruido.
- Se siente débil, desorientado, aturdido o grogui.
- Confusión o problemas de concentración o memoria.
- No se siente "del todo bien" o está "bajoneado".

Hable con los niños y los adolescentes sobre las conmociones cerebrales. Pídales que notifiquen sus síntomas de conmoción cerebral de inmediato tanto a usted como al entrenador. Algunos niños y adolescentes piensan que las conmociones cerebrales no son grave o les preocupa que si notifican la conmoción cerebral pueden perder su posición en el equipo o verse débiles. Recuérdeles que es preferible perderse un juego que toda la temporada.



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

LOS BUENOS COMPAÑEROS SABEN QUE:
ES MEJOR PERDERSE UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA.

Las conmociones cerebrales afectan a cada niño y adolescente de manera diferente. Mientras que la mayoría de los adolescentes con una conmoción cerebral se sienten mejor después de un par de semanas, algunos tienen síntomas que duran meses o más tiempo. Hable con el proveedor de atención médica de su niño o adolescente si los síntomas no desaparecen o si empeoran después de que regresa a las actividades normales.



Planifique.

¿Qué quiere que su niño o adolescente sepa sobre las conmociones cerebrales?

¿Cuáles son algunos signos de peligro más graves a los que debo prestar atención?

En raras ocasiones, después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o en el cuerpo puede acumularse sangre (hematoma) de forma peligrosa en el cerebro y ejercer presión contra el cráneo. Llame al 9-1-1 o lleve a su niño o adolescente a la sala de urgencias de inmediato si después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, presenta uno o más de estos signos de riesgo:

- Una pupila más grande que la otra.
- Mareo o no puede despertarse.
- Dolor de cabeza persistente y que además empeora.
- Dificultad de dicción, debilidad, entumecimiento o menor coordinación.
- Naúseas o vómitos, convulsions o ataques (temblores o espasmos) periódicos.
- Comportamiento inusual, mayor confusión, inquietud o nerviosismo.
- Pérdida del conocimiento (desmayado o inconsciente). Incluso una breve pérdida del conocimiento debe considerarse como algo serio.

Usted también puede descargar la aplicación de CDC *HEADS UP* (en inglés) para obtener información a su alcance sobre las conmociones cerebrales. Simplemente scanee con su teléfono celular inteligente el código QR de la imagen a la izquierda.

¿Qué debo hacer si creo que mi niño o adolescente tiene una posible conmoción cerebral?

Como padre, si usted cree que su niño o adolescente puede tener una conmoción cerebral, usted debe:

1. Retirarlo del juego.
2. No permitir que regrese a jugar el día de la lesión. Su niño o adolescente debe ver a un proveedor de atención médica y solo podrá regresar a jugar con el permiso de un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales.
3. Pedirle al proveedor de atención médica de su niño o adolescente que le dé instrucciones por escrito sobre cómo ayudarlo a que regrese a la escuela. Usted puede darle a la enfermera de la escuela indicaciones, y al entrenador o instructor deportivo puede darles intrucciones sobre cómo regresar al juego.

No trate usted mismo de juzgar la gravedad de la lesión. Solo un proveedor de atención médica debe evaluar a un niño o adolescente de una posible conmoción cerebral. Es posible que al principio usted no sepa qué tan grave es la conmoción cerebral y algunos síntomas pueden tardar horas o días en aparecer. El regreso del niño o adolescente a la escuela y los deportes debe ser un proceso gradual manejado y vigilado por un proveedor de atención médica.

Los niños o adolescentes que continúan jugando mientras tienen síntomas de conmoción cerebral o que regresan al juego muy temprano, mientras el cerebro todavía se está curando, tienen mayor probabilidad de tener otra conmoción cerebral. Tener otra conmoción cerebral que ocurra mientras el cerebro todavía se está curando de la primera lesión puede ser muy grave y puede afectar al adolescente de por vida; hasta puede ser mortal.

Febrero del 2016

Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

Para obtener más información, visite:
www.cdc.gov/headsup/youthsports/index-esp.html

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
centros para el control y la prevención de enfermedades

CDC



Hoja Informativa para los **ATLETAS**

¿QUÉ ES LA CONMOCIÓN CEREBRAL?

La conmoción cerebral es una lesión del cerebro que:

- Es causada por un golpe en la cabeza o una sacudida
- Puede cambiar el funcionamiento normal del cerebro
- Puede ocurrir en cualquier deporte durante las prácticas de entrenamiento o durante un juego
- Puede ocurrir aun cuando no se haya perdido el conocimiento
- Puede ser seria aun si se piensa que sólo se trata de un golpe leve

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA CONMOCIÓN CEREBRAL?

- Dolor o "presión" en la cabeza
- Náuseas (sentir que quieres vomitar)
- Problemas de equilibrio, mareo
- Visión doble o borrosa
- Molestia causada por la luz
- Molestia causada por el ruido
- Sentirse debilitado, confuso, aturdido o grogui
- Dificultad para concentrarse
- Problemas de memoria
- Confusión
- No "sentirse bien"

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE HE SUFRIDO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

- **Dile a tus entrenadores y a tus padres.** Nunca ignores un golpe en la cabeza o una sacudida aun cuando te sientas bien. También dile al entrenador si crees que uno de tus compañeros de equipo sufrió una conmoción.
- **Ve al médico para que te examine.** Un médico u otro profesional de la salud podrá decirte si sufriste una conmoción cerebral y cuándo estarás listo para volver a jugar.
- **Tómate el tiempo suficiente para curarte.** Si sufriste una conmoción cerebral, tu cerebro necesitará tiempo para sanar. Es más probable que sufras una segunda conmoción mientras tu cerebro esté en proceso de curación. Las segundas conmociones y cualquier conmoción adicional pueden causar daños al cerebro. Por eso es importante que descanses hasta que un médico u otro profesional de la salud te permitan regresar al campo de juego.

¿CÓMO PUEDO PREVENIR UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Aunque todo deporte es diferente, hay medidas que puedes tomar para protegerte.

- Sigue las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte que practicas.
- Mantén el espíritu deportivo en todo momento.
- Utiliza los implementos deportivos adecuados, incluido el equipo de protección personal (como casco, almohadillas protectoras, canilleras, gafas y protector dental). Para que este equipo te proteja, debe:
  - > Ser adecuado para el deporte que practicas, tu posición en el juego y tipo de actividad
  - > Usarse correctamente y ajustarse bien a tu cuerpo
  - > Usarse en todo momento durante el juego

Es preferible perderse un juego que toda la temporada.

Julio de 2007
Versión en español aprobada por CDC Multilingual Services – Order # 4417

Para obtener más información o solicitar más materiales **de forma gratuita**, visite:
www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports

Para obtener información más detallada sobre la conmoción cerebral y la lesión cerebral traumática, visite: **www.cdc.gov/injury**

Intermountain Healthcare

Opioides recetados: *lo que necesita saber*

Los opioides recetados son medicamentos que sirven para aliviar el dolor intenso. Suelen recetarse luego de hacerse una cirugía o de sufrir una lesión, o ante ciertos problemas de salud. Algunos medicamentos opioides comunes son **codeína, hidrocodona, metadona, morfina** y **oxicodona**.

Estos medicamentos pueden ser una parte importante del tratamiento, aunque también implican riesgos graves. Es importante comunicarse con su proveedor de atención médica para asegurarse de obtener la atención más segura y eficaz.

Si le recetan opioides para el dolor:

☐ **Infórmese.** Conserve el medicamento en su envase original. Asegúrese de saber:
- El nombre del medicamento
- La dosis que debe tomar
- La frecuencia de la dosis
- Los efectos secundarios a tener en cuenta y los indicios por los que debe llamar a su médico

☐ **No tome más** medicamentos para el dolor de lo que su proveedor de atención médica le indique. **No aumente la frecuencia de las dosis** que se le indicó.

☐ **Haga un seguimiento con su proveedor de atención médica de cabecera.**
- Establezcan juntos un plan para tratar el dolor.
- Analicen posibilidades para tratar el dolor, las cuales no incluyan opioides recetados.
- Hable de sus inquietudes y de los efectos secundarios.

☐ **Pregunte a su médico o farmacéutico si debe adquirir un kit de naloxona,** ya que este puede salvarle la vida si sufre una sobredosis por accidente.



Asegúrese de saber el nombre de su medicamento, de cuanto debe tomar, de cuan a menudo tomarlo y de sus posibles riesgos y efectos secundarios.

☐ **Ayude a evitar el mal uso y el abuso.**
- No venda ni comparta opioides recetados.
- Nunca use los opioides recetados de otra persona.

☐ **Guarde bajo llave los opioides recetados en un lugar seguro y lejos del alcance de otras personas.** Eso incluye visitas, niños, amigos y familiares. No los guarde en su gabinete de medicamentos donde cualquier persona los pueda encontrar.

Sepa cuáles son sus opciones

Hable con su proveedor de atención médica acerca de las maneras de controlar el dolor sin tener que usar opioides. Hay otros métodos **que de hecho podrían dar mejores resultados** y presentar menores riegos y efectos secundarios. Las opciones podrían ser las siguientes:

☐ Otros analgésicos, como acetaminofeno (Tylenol), ibuprofeno (Advil, Motrin) o naproxeno

☐ Fisioterapia y ejercicios

☐ Trabajar junto con un terapeuta para conocer alternativas para cambiar los causantes del dolor y el estrés

☐ Algunos medicamentos que también se emplean contra la depresión y las convulsiones

¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios?

Los riesgos más graves de los opioides recetados son la adicción y la sobredosis. Los riesgos aumentan cuando se usan por mucho tiempo. Una sobredosis con opioides puede **reducir la frecuencia respiratoria y provocar la muerte repentina.**

Los opioides recetados pueden tener efectos secundarios, incluso si se toman según las indicaciones. Éstos incluyen:

- Estreñimiento: es el efecto secundario más común
- Tolerancia: la necesidad de tomar más medicamentos para lograr la misma reducción del dolor
- Dependencia física: aparición de síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo
- Mayor sensibilidad al dolor
- Náuseas, vómitos y sequedad de boca
- Somnolencia y mareo
- Confusión
- Depresión
- Bajos niveles de testosterona, que pueden disminuir el apetito sexual, la energía y la fuerza
- Comezón y transpiración

Los riesgos aumentan si usted:

- Tiene antecedentes de consumo de drogas, trastorno de consumo de sustancias o sobredosis
- Está tomando sedantes o consume alcohol junto con los opioides recetados
- Tiene una condición de salud mental, como depresión o la ansiedad
- Tiene apnea del sueño
- Tiene una discapacidad (mayor riesgo de caerse)
- Tiene 65 años o más, se siente confuso, tiene demencia o cualquier otra discapacidad mental
- Está embarazada

Mientras toma opioides recetados:

- **No consuma alcohol ni drogas ilícitas,** ya que esa combinación podría causarle la muerte.
- A menos que su médico le especifique que no hay problema, **no tome ninguno de estos medicamentos:**
  - Benzodiacepinas (como Xanax o Valium)
  - Relajantes musculares (como Soma o Flexeril)
  - Pastillas para dormir (como Ambien o Lunesta)
  - Otros opioides recetados
- No tome ninguna pastilla ni vitamina, a menos que su médico le diga que puede hacerlo.
- No maneje o use maquinaria cuando este bajo los efectos del medicamento opioide.

Deshágase de manera segura de los opioides recetados que le sobren

Averigüe sobre el programa de devolución de fármacos de su comunidad en **UseOnlyAsDirected.org** o **www.UtahTakeBack.org** para deshacerse de manera segura de cualquier opioide recetado que le sobre. Es mejor no tirarlos al inodoro ya que pueden contaminar el suministro de agua.

Si le sobran opioides, deshágase de ellos se manera segura.

Las farmacias de Intermountain Community ofrecen buzones para eliminar fármacos en todas sus ubicaciones para deshacerse de ellos de manera segura. Busque una caja azul grande en su farmacia de Intermountain Community en su vecindario.



La información que contiene folleto informativo es una adaptación de *Opioides recetados: uo que debe saber,* el cual fue escrito por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y The American Hospital Association.

Prescription Opioids: What You Need to Know

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se proveen servicios de interpretación gratis. Hable con un empleado para solicitarlo.

© 2016 - 2018 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema de salud o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. Hay más información disponible en **intermountainhealthcare.org. Patient and Provider Publications FS433S - 08/18** (Last reviewed - 08/18) (Spanish translation 08/18 by inWhatLanguage)