INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA - MANTENER CONFIDENCIAL

Kansas State High School Activities Association - KSHSAA

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

ESTUDIANTES/PADRES

1. ☐ Complete el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) y la sección superior del Formulario del Elegibilidad Médica (página4) ANTES de su cita con su proveedor de servicios médicos.
2. ☐ Firme al final del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) DESPUÉS que se haya completado el examen físico previo a la participación y ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
3. ☐ Revise la Lista de Verificación de Elegibilidad del Estudiante (página 5) Y FIRME al final de la página ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
4. ☐ Revise y firme el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza proporcionado por la escuela

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

1. ☐ Revise el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) con el estudiante y su padre/tutor como parte del examen físico previo a la participación.
2. ☐ Revise los Recordatorios para Médicos en la parte superior de la página 3 y complete el Formulario de Examen Físico.
3. ☐ Revise la Información del Estudiante en la parte superior de la página 4, complete el Formulario de Elegibilidad Médica Y FIRME la página 4.

El formulario PPE pasa a formar parte del expediente del estudiante en su escuela y no debe enviarse a KSHSAA.

ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA Y PERSONAL MÉDICO ESCOLAR

1. ☐ Recolecte los formularios PPE completos con las firmas pertinentes en las páginas 4 y 5. ÚNICAMENTE el personal con una necesidad médica o educativa para revisar esta información debe tener acceso al formulario de PPE. Los formularios deben mantenerse seguros y confidenciales en todo momento. Los entrenadores NO deben recoger el PPE en la práctica.
2. ☐ Según la norma de su escuela, determine qué personal médico o personal administrativo responsable de revisar y difundir la información médica del estudiante provista en el formulario. [Garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)]*
3. ☐ Provea copias del Formulario de Elegibilidad Médica al personal apropiado con responsabilidad supervisora de las actividades extracurriculares (entrenadores, patrocinadores, etc.).
4. ☐ Recolecte el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza firmado por el estudiante y el padre/tutor.

* Se anima a las escuelas a tener normas vigentes que identifiquen quién tiene acceso completo a la información de salud privada de un estudiante que se encuentra en el formulario PPE. El Formulario de Elegibilidad Médica puede ser usado de manera independiente para compartir con el personal que no necesite acceso completo a la información de salud privada que se encuentra en el formulario PPE.

NOTA: Al proporcionar información del PPE a la escuela, el padre/tutor puede optar por entregar el PPE completo o solo las páginas 4 y 5.

El historial y el examen físico anual no se deben tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable. La KSHSAA recomienda que los atletas/porristas completen esta evaluación al menos un mes antes de la primera práctica para dar tiempo a la corrección de deficiencias y a la implementación de las recomendaciones de acondicionamiento.

Kansas State High School Activities Association - KSHSAA

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN - PPE

El PPE se requiere anualmente y no se debe tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable.

Pages 1-4 are adapted from PPE: Preparticipation Physical Evaluation, 5th Edition, © 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for Non-commercial educational purposes with acknowledgment.

FORMULARIO DEL HISTORIAL *(Las páginas 1 y 2 deben ser completadas por el estudiante y el **padre/tutor** antes del examen físico)*

Nombre *sexo al nacer Edad Fecha de nacimiento

Grado Escuela Deporte(s)

Dirección Teléfono

Médico personal Email del padre

*En casos de trastorno del desarrollo sexual (DSD), la designación del sexo al nacer puede retrasarse por un período de tiempo hasta que los proveedores médicos y la familia puedan tomar la determinación adecuada.

El estudiante y los padres/tutores deben completar las páginas 1 y 2 juntos. Explique las respuestas "sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES:	SI	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar con su médico?	☐	☐
2. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	☐	☐
3. ¿Tiene algún problema médico actualmente o enfermedad reciente?	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE USTED RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	**SI**	**NO**
5. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmaya durante o después del ejercicio?	☐	☐
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐
7. ¿Alguna vez su corazón se ha acelerado, latido fuerte o no ha latido (latidos irregulares) durante el ejercicio?	☐	☐
8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema del corazón?	☐	☐
9. ¿Alguna vez un médico ha requerido un examen de su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	☐	☐
10. ¿Se ha sentido un poco mareado o sin aliento comparado con sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	**SI**	**NO**
12. ¿Algún miembro de la familia o pariente falleció por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?	☐	☐
13. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (MCH), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía ventricular derecha arrítmica (ARVC), el síndrome QT largo (LQTS), el síndrome QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la catecolaminérgica ¿Taquicardia ventricular polimórfica (TVPC)?	☐	☐
14. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES:	**SI**	**NO**
15. ¿Alguna vez ha tenido una fractura o lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o juego?	☐	☐
16. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?	☐	☐
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que haya requerido rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones o terapia?	☐	☐
18. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o afección en la columna (cervical, torácica, lumbar)?	☐	☐
19. ¿Usa regularmente o ha tenido una lesión que requirió el uso de aparatos ortopédicos, muletas, yeso, u otro dispositivo de asistencia?	☐	☐
20. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que le molesta?	☐	☐
21. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil, otras enfermedades autoinmunes u otras afecciones genéticas congénitas (ejemplo, Síndrome de Down o enanismo)	☐	☐

KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

PREGUNTAS MÉDICAS:	SI	NO
22. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐
23. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamento para el asma?	☐	☐
24. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), su bazo u otros órganos?	☐	☐
25. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, una protuberancia, un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?	☐	☐
26. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono)?	☐	☐
27. ¿Tiene salpullidos recurrentes en la piel o infecciones cutáneas que van y vienen, incluido el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	☐	☐
28. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántos?		
¿Cuál es el tiempo más largo que tardó en recuperarse por completo?		
¿Cuándo fue dado de alta por última vez?		
29. ¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio?	☐	☐
30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos (incluidos los aguijones / quemadores) o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haberse golpeado o caído?	☐	☐
31. ¿Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio bajo el calor?	☐	☐
32. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?	☐	☐
33. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐
34. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la vista?	☐	☐
35. ¿Usa anteojos protectores, como gafas o una careta?	☐	☐
36. ¿Le preocupa su peso?	☐	☐
37. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?	☐	☐
38. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	☐	☐
39. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	☐	☐
40. ¿Cómo identifica actualmente su genero/sexo? ☐ M ☐ F ☐ Otro ___		

41. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? *(marque la caja)*	NINGUNA VEZ	VARIOS DÍAS	LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DÍAS
Sentirse nervioso, ansioso o tenso	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
No poder parar o controlar las preocupaciones	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Poco interés o placer en hacer las cosas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Sentirse bajo, deprimido o desesperado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

(Una suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección) Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

MUJERES ÚNICAMENTE:	SI	NO
42. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?	☐	☐
43. En caso afirmativo, ¿está experimentando algún problema o cambio con la participación en deportes? (ejemplo, irregularidad, dolor, etc.)	☐	☐
44. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
45. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
46. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique aquí todas las respuestas "SÍ"

KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name **Date of birth**

Date of recent immunizations: **Td** **Tdap** **Hep B** **Varicella** **HPV** **Meningococcal**

PHYSICIAN REMINDERS

1. **Review the health history on pages 1 & 2 AND the student information section on page 4, prior to the exam.**
2. **Consider additional questions on more sensitive issues**
   - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
   - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
   - Do you feel safe at your home or residence?
   - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
   - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
   - Do you drink alcohol or use any other drugs?
   - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance enhancing supplement?
   - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
   - Do you wear a seat belt, use a helmet and adhere to safe sex practices?
3. **Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14 of History Form).**
4. **Per Kansas statute, any school athlete who has sustained a concussion shall not return to competition or practice until the athlete is evaluated by a healthcare provider and the healthcare provider (MD or DO only) provides such athlete a written clearance to return to play or practice.**
5. **Per Kansas Statute, students indicated as biological male at birth may not participate on girls teams.**

EXAMINATION

Height Weight Male ☐ Female ☐ BP *(reference gender/height/age chart)***** / (/) Pulse

Vision R 20/ L 20/ Corrected: Yes ☐ No ☐

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance - Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat - Pupils equal, Gross Hearing		
Lymph nodes		
Heart * - Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Pulses - Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin - Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus* aureus (MRSA), or tinea corporis		
Neurological***		
Genitourinary (optional-males only)**		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional - e.g. double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those. **Consider GU exam if in appropriate medical setting. Having third party present is recommended. ***Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a significant history of concussion. ****Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

Healthcare Providers: You must complete the Medical Eligibility Form on the following page

PRIVATE HEALTH INFORMATION - KEEP CONFIDENTIAL

KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM – PARENT/STUDENT SECTION

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: *sexo al nacer: Grado:

Dirección: Estatura: Peso:

Teléfono de casa: Email del padre:

Contacto(s) de emergencia: Teléfono:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	SI	NO		SI	NO
¿Tiene alguna condición médica actual o pasada que la escuela deba tener en cuenta?	☐	☐	¿Alguna vez ha sufrido un golpe de calor o se ha sentido enfermo mientras hacía ejercicio en el calor?	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez una cirugía?	☐	☐	¿Tienes asma?	☐	☐
¿Tienes alguna alergia?	☐	☐	En caso afirmativo, ¿utiliza un inhalador?	☐	☐
¿Tiene algún problema cardíaco/corazón?	☐	☐	¿Tiene usted o algún miembro de su familia un rasgo o enfermedad de células falciformes?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	☐	☐	¿Te falta algún órgano?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral?	☐	☐	¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital?	☐	☐
¿Tienes diabetes?	☐	☐	¿Está usted tomando actualmente algún medicamento recetado?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿toma usted insulina?	☐	☐	¿Estás tomando actualmente algún suplemento nutricional?	☐	☐

Explique aquí todas las respuestas "SÍ"

HEALTHCARE PROVIDER SECTION

☐ Medically eligible for all sports without restriction.

☐ Medically eligible for all sports without restriction. **Recommend further evaluation/treatment (see comments below*).**

☐ Medically eligible for certain sports **(see comments below*).**

☐ Not medically eligible for any sports. ☐ Not medically eligible for any sports pending further evaluation **(see comments below*).**

* Comments/Recommendations

I have reviewed all patient information provided and completed the preparticipation physical examination of the student named on this form. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form, except as indicated above. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

X Name of healthcare provider (print or type): Date of Examination:

Signature of healthcare provider: MD, DO, DC, PA-C, APRN

Provider address: Provider phone:

Consentimiento del Padre o Tutor

Para ser elegible para participar en grupos de atletismo/deportes interescolares, un estudiante debe tener en el archivo del superintendente o director, una declaración firmada por un médico, quiropráctico, asistente médico autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, o un enfermero registrado de práctica avanzada autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, certificando que el estudiante ha pasado un examen físico adecuado y está físicamente en condiciones para participar (consulte el Manual de KSHSAA, Regla 7). Se deberá completar anualmente un historial de salud y un examen físico antes de que un estudiante participe en KSHSAA deportes/porristas interescolares.

No conozco ninguna razón física o de salud adicional existente que impida la participación en actividades. Certifico que las respuestas a las preguntas a la parte del HISTORIA del Examen Físico Previo a la Participación (PPE) son verdaderas y precisas. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo.
Apruebo la participación en actividades. Por la presente autorizo la divulgación de la información contenida en este documento a KSHSAA, a la enfermera escolar, entrenador atlético certificado (ya sea empleado o contratista independiente de la escuela), administradores escolares, entrenador y al proveedor médico. A petición por escrito, yo pudiera recibir una copia de este documento para mis propios récords de salud.

Reconozco que existen riesgos de participación, incluida la posibilidad de lesiones catastróficas. Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente compita en actividades aprobadas por KSHSAA, y acompañe a los representantes escolares en los viajes escolares y reciba tratamiento médico de emergencia cuando sea necesario. Se entiende que ni KSHSAA ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de accidente. El abajo firmante acepta ser responsable de la devolución segura de todo el equipo provisto por la escuela al estudiante.

X Firma del padre/tutor: Fecha: Teléfono:

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

PADRES Y ESTUDIANTES: LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE KSHSAA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ *(EN LETRA IMPRENTA)*

NOTE: La Regla 18 de Transferencia establece en parte, que un estudiante es elegible para transferencia si:

ESTUDIANTES COMENZANDO SÉPTIMO GRADO: Un estudiante de séptimo grado, al comienzo de su séptimo grado, es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela a la que escoja asistir. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

ESTUDIANTES COMENZANDO NOVENO GRADO EN UNA ESCUELA PREPARATORIA DE TRES AÑOS: Para que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de tres años reciban el mismo trato que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de cuatro años, un estudiante que haya completado exitosamente el octavo grado en una escuela intermedia de dos años, podrá ser transferido al noveno grado de una escuela preparatoria de tres años al comienzo del año escolar y ser elegible inmediatamente bajo la Regla de Transferencia. Dicho estudiante de noveno grado debe entonces, como estudiante de décimo grado, asistir a la escuela preparatoria correspondiente de su sistema escolar. Si asistieran a una escuela diferente como estudiantes de décimo grado, no serían elegibles por dieciocho semanas.

ESTUDIANTES ENTRANDO A LA ESCUELA PREPARATORIA POR PRIMERA VEZ: Un estudiante de escuela preparatoria es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela preparatoria a la que escoja asistir, siempre que entre por primera vez a la escuela preparatoria al comienzo del año escolar. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

Para que los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria retengan la elegibilidad

Las escuelas pueden tener reglas más estrictas que las relativas a las preguntas anteriores o a las listadas a continuación. Contacte al director o entrenador sobre cualquier asunto de elegibilidad. Un estudiante elegible para participar en actividades interescolares debe estar certificado por el director de la escuela como que cumple con todos los estándares de elegibilidad.

Todas las reglas y regulaciones de KSHSAA se publican en el Manual oficial de KSHSAA que se distribuye anualmente a las escuelas y está disponible en www.kshsaa.org.

Lo siguiente es un resumen breve de las reglas seleccionadas. Por favor comuníquese con su director para información más completa.

Regla 7 **Examen físico - Consentimiento de los padres:** Los estudiantes deben pasar el **examen físico que se adjunta** y tener el consentimiento por escrito de sus padres o tutores legales.

Regla 14 **Buen estudiante:** Los estudiantes elegibles deben estar académicamente en regla en su escuela y con buenas calificaciones.

Regla 15 **Inscripción/Asistencia:** Los estudiantes deben estar regularmente **matriculados y en asistencia** a más tardar el lunes de la cuarta semana del semestre en el cual participan.

Regla 16 **Requisitos del semestre:** Un estudiante no deberá tener más de dos semestres de elegibilidad posible en el séptimo grado y dos semestres en el octavo grado. Un estudiante no deberá tener más de ocho semestres consecutivos de posible elegibilidad en los grados nueve a doce, independientemente de si el noveno grado está incluido en la escuela intermedia o preparatoria. *NOTA: Si un estudiante no participa o no es elegible debido a transferencia, beca, etc., el semestre(s) durante ese período se contará para el número total de semestres posibles.*

Regla 17 **Requisitos de edad:** Los estudiantes son elegibles si son menores de 19 años de **edad** (16, 15 o 14 para estudiantes de escuela intermedia) para o antes del 1° de agosto del año escolar en el que compiten.

Regla 19 **Influencia indebida:** El uso de **influencia indebida** por parte de cualquier persona para asegurar o retener a un estudiante causará su inelegibilidad. Si se cobra o reduce la matrícula, deberá cumplir con los requisitos de KSHSAA.

Reglas 20/21 **Reglas de aficionado y recompensas:** Los estudiantes son elegibles si no han **competido bajo un nombre falso** o por dinero o mercancía de valor intrínseco, y han observado todas las demás disposiciones de las Reglas de Aficionado y Recompensas.

Regla 22 **Competencia externa:** Los estudiantes no pueden participar en **competencias externas** en el mismo deporte durante una temporada en la que representan a su escuela. *NOTA: Consulte al entrenador, director deportivo o director antes de participar individualmente o en un equipo en cualquier juego, sesión de entrenamiento, concurso o prueba realizada por una organización externa.*

Regla 25 **Anti-Fraternidad:** Los estudiantes son elegibles si no son miembros de una **fraternidad** u organización prohibida por la ley o por las reglas de la KSHSAA.

Regla 26 **Anti-Pruebas de clasificación (tryouts) e instrucción privada:** Los estudiantes no son elegibles si participan en **entrenamientos o pruebas de clasificación** realizadas por universidades u otras agencias u organizaciones externas en el mismo deporte mientras son miembros del equipo deportivo de la escuela.

Regla 30 **Temporadas de deporte**: los estudiantes no son elegibles para más de **cuatro temporadas** en un deporte en una escuela preparatoria de cuatro años, tres temporadas en una escuela preparatoria de tres años o dos temporadas en una escuela preparatoria de dos años.

Para determinar la elegibilidad de los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria al inscribirse

Si se da una respuesta negativa a cualquiera de las siguientes preguntas, el estudiante inscrito deberá comunicarse con su administrador encargado de evaluar la elegibilidad. Esto debe hacerse antes de que el estudiante pueda asistir a su primera clase y antes de la primera práctica de deportes. Si aún existen preguntas, el administrador de la escuela deberá llamar por teléfono a KSHSAA para una determinación final de elegibilidad. (Las escuelas procesarán un Certificado de Transferencia, Formulario T-E, para todos los estudiantes transferidos).

	SI	NO	
1.	☐	☐	¿Es usted un **buen estudiante** con buenas calificaciones? (Si hay alguna pregunta, su director tomará la determinación).
2.	☐	☐	¿**Aprobó** usted por lo menos **cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)** en el semestre pasado? *(KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que apruebe por lo menos cinco materias fundamentales en su último semestre de asistencia).*
3.	☐	☐	¿Está planeando **inscribirse en por lo menos cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)** fundamentales este próximo semestre? *(KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que se inscriba y esté en asistencia en por lo menos cinco materias fundamentales).*
4.	☐	☐	¿Asistió a esta escuela o a una escuela del área en su distrito el semestre pasado? *(Si responde "no", por favor responda las secciones a y b).*
	☐	☐	**a.** ¿Reside usted con sus padres?
	☐	☐	**b.** Si reside con sus padres, ¿se han mudado de manera permanente y de buena fe al área de asistencia de su escuela?

El estudiante mencionado arriba y yo hemos leído la Lista de Verificación de Elegibilidad de KSHSAA y cómo retener la información de elegibilidad listada en este formulario. El estudiante/padre autorizan a la escuela para revelar a KSHSAA los récords del estudiante y otros documentos e información pertinentes para determinar la elegibilidad del estudiante. El estudiante/padre también autorizan a la escuela y a KSHSAA para publicar el nombre y foto del estudiante como resultado de participar o asistir a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o evento de KSHSAA.

X **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha** _____

Firma del estudiante _____ **Grado** _____ **Fecha** _____

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

Emergency Medical Authorization
TURNER USD 202

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FDN: __/__/____ EDAD: ____ GRADO: _____

PADRES/TUTORES: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE TRABAJO DEL PADRE: _____ CELULAR: _____

TELÉFONO DE TRABAJO DE LA MADRE: _____ CELULAR: _____

MEDICO: _____ TELÉFONO: _____

DENTIST: _____ TELÉFONO: _____

HOSPITAL PREFERIDO: _____

COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO:_____NUMERO DE PÓLIZA #: _____

Actualmente no tenemos coberture de seguro medico: _____

PROBLEMAS DE SALUD O ALERGIAS CONOCIDADS QUE DEBEMOS SABER:

_____

_____

SI NO PODEMOS CONTACTAR A LOS PADRES NOMBRE DOS VECINOS O FAMILIARES A QUIENES PODEMOS CONTACTAR.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ 2do TELÉFONO:_____

NAME: _____TELÉFONO: _____ 2do TELÉFONO:_____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Yo, el padre o tutor legal abajo firmante del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para tratamiento médico o dental de emergencia para mi hijo si se lesiona o enferma mientras está bajo la autoridad escolar. Además, si el médico tratante determina, después del examen, que la cirugía es necesaria para salvar su vida u otros procedimientos son necesarios, por la presente doy permiso para administrar el tratamiento médico necesario. En caso de accidente o lesión de la persona mencionada anteriormente mientras participa en una actividad patrocinada por TUSD 202, no responsabilizaremos a la Junta de Educación de Turner, la administración, los maestros, los entrenadores o el personal de TUSD 202 por pagso de cualquier reclamo debido a una lesión y acepto toda la responsabilidad por los gastos médicos incurridos por la atención médica y el tratamiento brindado.

_____ _____

Firma del Padre/Tutor Fecha

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Turner USD 202 Código de Conducta en Actividades de Estudiantes

Sección 1: Filosofía

TUSD 202 reconoce el uso de sustancias químicas que alteran el estado de ánimo (es decir, alcohol, tabaco, marihuana, rendimiento) mejorar los medicamentos, o el uso indebido de medicamentos sin receta y / o recetados) como un problema de salud significativo para muchos adolescentes, lo que resulta en efectos negativos del comportamiento, el aprendizaje y el desarrollo total de cada individual. El uso indebido y el abuso de sustancias químicas que alteran el estado de ánimo de algunos adolescentes afecta las actividades extracurriculares participación y desarrollo de habilidades relacionadas. Otros se ven afectados por el mal uso y abuso por parte de la familia, el equipo miembros, o otras personas significativas en sus vidas.

TUSD 202 también reconoce que los estudiantes involucrados en actividades / atletismo deben ser representantes positivos del distrito escolar de Turner y la comunidad. Por ese motivo, el distrito apoya un código de conducta estudiantil que alienta un comportamiento positivo para todos nuestros estudiantes.

En TUSD 202, el contacto cercano de asesores, entrenadores, administradores y patrocinadores les proporciona una oportunidad única de observar, aconsejar y ayudar a los jóvenes. TUSD 202, por lo tanto, es compatible con Conducta del estudiante y entrenamiento en educación y concienciación en problemas de uso de sustancias químicas en adolescentes

Sección 2: Propósito

1. Proporcionar consistencia en USD 202 Políticas de la Junta.
2. Hacer hincapié en las preocupaciones de las escuelas por la salud de los estudiantes en áreas de seguridad mientras participant en actividades y los efectos físicos y emocionales a largo plazo del uso de sustancias químicas en su salud.
3. Promover la equidad y un sentido de orden y disciplina entre los estudiantes.
4. Para confirmar y respaldar las leyes estatales existentes que restringen el uso de tales sustancias químicas que alteran el estado de ánimo y drogas que mejoran el rendimiento.
5. Establecer estándares de conducta para aquellos estudiantes que son líderes y modelos a seguir entre sus pares.
6. Para ayudar a los estudiantes que desean resistir la presión de los compañeros que los dirige hacia el uso del estado de ánimo alterando sustancias químicas y drogas que mejoran el rendimiento.
7. Para ayudar a los estudiantes que deberían ser referidos para asistencia o evaluación con respecto a su uso del estado de ánimo alterando sustancias químicas y drogas que mejoran el rendimiento.

Sección 3: Reglas

Durante la temporada de actividades (otoño, invierno, primavera y durante las actividades organizadas de verano), independientemente de la cantidad, un estudiante no deberá: (1) usar una bebida que contenga alcohol; (2) use tabaco o; (3) usar o consumir,tener en posesión, comprar, vender o regalar cualquier sustancia controlada definida por la ley como droga. Esta regla aplica
a toda la temporada de actividades. Cualquier actividad que abarque el curso del año estará sujeta a la temporada en que ocurre la violación

Todas las actividades estudiantiles que se rigen por la Asociación de Actividades de la Preparatoria del Estado de Kansas y las que representar USD 202 en cualquier sitio o ubicación están incluidos en esta política.

Sección 4: Sanciones por violaciones

Las penalizaciones se acumularán durante cualquier temporada de actividades desde agosto hasta julio. Las sanciones pueden incluir pero no puede estar limitado

1. **Primera violación**

Sanción: Después de la confirmación de la primera violación, el estudiante perderá la elegibilidad para la siguiente dos (2) eventos inter-escolásticos consecutivos o dos (2) semanas de una temporada en la cual el estudiante está un participante, cualquiera que sea mayor. No se permite ninguna excepción para un estudiante que se convierte en participante en un programa de tratamiento / asesoramiento.

2. **Segunda Violación**

Sanción: Después de la confirmación de la segunda violación, el estudiante perderá la elegibilidad para el resto de la temporada de actividad actual o seguir siendo inelegible para cualquier actividad regulada para el el próximo período de seis (6) semanas, el que sea mayor, sin incluir la semana de amortiguación, KSHSAA no practica fechas, vacaciones y vacaciones de primavera.

3. **Tercera violación / Violación Seria**

Sancion: Un estudiante puede ser inelegible para múltiples temporadas de actividades que no excedan un período de un año a partir de la fecha de la última violación. La gravedad de la violación puede justificar movimiento a niveles más altos de consecuencia. La determinación será hecha por un panel de actividades director, director del edificio, y consejero inmediato, entrenador, director o patrocinador de la actividad.

Sección 5: Otra Conducta Relacionada con el Estudiante

Puede haber una ocasión en la que un estudiante involucrado en actividades escolares pueda violar la política con respecto a asistencia (escuela, juegos y prácticas) y disciplina (detenciones, suspensiones). Sanciones (except ausencias injustificadas) se acumularán durante cualquier temporada de actividades desde agosto hasta julio. Las sanciones pueden incluyer pero no se limitan a:

A. Suspensión en la Escuela / Fuera de la Escuela:

1ra suspensión:	1 competencia / fecha de actividad perdida
2da suspensión:	3 fechas de competencia / actividad perdidas
3ra suspensión:	retirado de todas las actividades por el resto del año escolar.

Los estudiantes pueden practicar el día de ISS pero no el día de OSS.

B. Detenciones:

Las detenciones deben ser manejadas individualmente por cada entrenador, director o patrocinador. Sin embargo, excesivo las detenciones pueden provocar que se suspenda la actividad o que se abandone la actividad.

C. Ausencias injustificadas de la escuela, prácticas o juegos:

1ra ofensa:	Consecuencias apropiadas del entrenador, director o patrocinador.
2da ofensa:	una fecha de actividad perdida. Padre contactado
3ra ofensa:	abandonado de actividad. Padre contactado

Las ausencias injustificadas no se transfieren de una actividad a otra actividad.

Leímos y entendemos el Código de Conducta de USD # 202. Reconocemos su contenido y la Estándares establecidos para estudiantes involucrados en actividades del distrito escolar. El código de conducta debe ser firmado por el estudiante y el padre antes de la participación en actividades escolares. El Código de Conducta entra en vigencia inmediatamente una vez firmado y regresado a la oficina.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Firma del Estudiante Deportista

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PARA UNA PRÁCTICA DEPORTIVA Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

_____ ("Participante") desea participar en una actividad deportiva ("Actividad") con _____ (Club/Equipo/Escuela, aquí llamado "Programa"). El Programa contrató a Children's Mercy Hospital para proporcionar ciertos servicios relacionados con el Programa.

Al firmar este Consentimiento informado de evaluación para una práctica deportiva y la autorización para divulgar la información médica ("Consentimiento") autorizo al médico, enfermeros especializados, entrenador de atletismo, u otros proveedores de cuidado médico relacionados de Children's Mercy Hospital (en conjunto llamados "Profesionales") actúen en nombre del programa para realizarle evaluaciones, exámenes, tratamientos o rehabilitación al Participante (aquí llamados "Servicio(s) de medicina deportiva"). Los Servicios de medicina deportiva proporcionados conforme al acuerdo entre el Programa y Children's Mercy Hospital podrían incluir exámenes físicos previos a la participación ("EPP"), pruebas de referencia y post conmoción, ecocardiogramas y electrocardiogramas de evaluación ("ECG"). También autorizo el uso de tecnología de telesalud para apoyar los Servicios de medicina deportiva, cuando sea apropiado y esté disponible.

Comprendo que un EPP solo es para fines de evaluación y no es un examen físico completo para el diagnóstico de enfermedades ni ciertas afecciones de salud, tampoco incluye todos los elementos de un examen de bienestar, como pruebas de visión y audición, desarrollo social y actividad, desarrollo cognitivo y académico, actualización de vacunas, recomendaciones preventivas de salud y análisis de laboratorio.

Certifico que tengo y proporcionaré el historial médico del Participante de manera verdadera y en la medida de mis capacidades. Comprendo que responder con la verdad es necesario para la evaluación y seguridad del Participante.

Comprendo que los EPP ni los demás Servicios de medicina deportiva proporcionados por los Profesionales garantiza los resultados de la participación en la Actividad ni previene lesiones futuras. Comprendo que los EPP ni otras evaluaciones, exámenes y pruebas realizadas por un Profesional conlleva el riesgo de un diagnóstico erróneo, lesión y los resultados no están garantizados. A pesar de estos riesgos, autorizo al Profesional a proporcionar los Servicios de medicina deportiva al Participante como se identifican arriba para la Actividad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los Servicios de medicina deportiva y se han respondido de forma satisfactoria. Doy mi consentimiento informado y voluntario para que el Participante reciba los Servicios de medicina deportiva de Children's Mercy Hospital para el Programa y Actividad.

Entiendo que el Programa posee y puede acceder a esta información, incluidos entrenadores, personal, directores deportivos, entrenadores deportivos y proveedores de salud. Reconozco que cierta información incluida como parte de los Servicios de medicina deportiva proporcionados al Participante pueden estar bajo ciertas protecciones de confidencialidad, incluyendo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA).

Autorizo que el Programa divulgue el formulario de EPP y otra información relacionada con la evaluación en curso del Participante y su participación en el Programa a otros proveedores de salud necesarios para la evaluación y tratamiento adecuado del Participante y para otros usos internos de proveedores de salud, incluyendo al personal de Children's Mercy Hospital (empleados, médicos, enfermeros, etc.). También autorizo que el Programa divulgue información del Participante a los trabajadores correspondientes del club/equipo/escuela según sea necesario para la salud y seguridad del Participante. Comprendo que la información puede divulgarse de forma oral o en copias de los registros escritos. Tengo el derecho de inspeccionar cualquier registro escrito divulgado conforme a este Consentimiento y Autorización. Comprendo que puedo revocar esta Autorización mediante un aviso por escrito al Programa. Además comprendo que hasta que se realice la revocación, esta Autorización estará en vigor.

Por la presente libero a Children's Mercy Hospital y a sus empleados, incluyendo a lo(s) Profesional(es) que actúan en nombre del Programa, de toda responsabilidad que pueda resultar de los Servicios de medicina deportiva proporcionados por cualquier Profesional relacionados con la participación del Participante en la Actividad y el consejo médico proporcionado por un Profesional. Acuerdo defender, indemnizar y eximir a Children's Mercy Hospital y sus empleados, incluyendo lo(s) Profesional(es) que actúan en nombre del Programa, de toda responsabilidad relacionada con el permiso y no autorización del Participante para la práctica de la Actividad.

El Participante o Tutor legal, si el Participante es menor de 18 años y no puede dar su consentimiento legal, debe firmar debajo:

Firma del participante (mayor de 18): _____ Fecha: _____
Hora: _____

Firma del tutor legal: _____Fecha: _____
Hora: _____

Relación del tutor con el participante _____

Fecha de nacimiento del participante: _____
Dirección del participante y padre/madre/tutor: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo/celular: _____
Otro teléfono: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE CONMOCIÓN Y LESIÓN EN LA CABEZA RECOMENDADO POR KSHSAA 2024-2025

Una conmoción cerebral relacionada con los deportes es una lesión cerebral traumática causada por un golpe directo en la cabeza, el cuello o el cuerpo que resulta en una fuerza impulsiva que se transmite al cerebro y que ocurre en los deportes y actividades relacionadas con el ejercicio. Los síntomas y signos pueden presentarse inmediatamente o evolucionar en cuestión de minutos o días. Las conmociones cerebrales relacionadas con los deportes comúnmente se resuelven en unos días, pero pueden prolongarse. **Todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones, incluido daño cerebral prolongado y la muerte, si no se reconocen y tratan adecuadamente.** Si un estudiante informa algún síntoma de conmoción cerebral, o si usted mismo nota los síntomas o signos de una conmoción cerebral, busque atención médica de inmediato.

Los síntomas pueden incluir uno o más de las siguientes:	
• Dolor de cabeza/"Presión en la cabeza" • Nausea o vomito • Dolor en el cuello • Problemas de balance o mareos • Visión borrosa, doble, o confusa • Sensibilidad a la luz o ruido • Se siente débil o somnoliento • Se siente confuso o mareado • Somnoliento	• Cambian los patrones del sueño • "No se siente bien" • Nerviosismo inexplicable, ansiedad, irritabilidad, tristeza • Confusión • Problemas de concentración o memoria (olvida las tareas deportivas) • Repetir la misma pregunta/comentario

Señales observadas por compañeros, padres, y entrenadores incluyen:	
• Pérdida real o sospechada del conocimiento • Ataques • Postura tónica • Ataxia (movimientos voluntarios torpes) • Mal equilibrio • Se ven confundidos • Falta de expresiones faciales • Confusión	• Olvida juegos/tareas deportivas • No está seguro del juego, el puntaje o el oponente. • Contesta preguntas lentamente • Dificultad para hablar • Muestras cambios de comportamiento y de personalidad • No recuerda acontecimientos anteriores a la lesión. • No recuerda acontecimientos posteriores a la lesión.

Adoptado del CDC y de la 3era Conferencia de Deportes

BANDERAS ROJAS: Llame a una ambulancia	
• Dolor o sensibilidad en el cuello • Ataques, 'ataques' o convulsiones • Pérdida de visión o visión doble. • Pérdida de conciencia • Aumento de la confusión o deterioro del estado de conciencia (cada vez menos receptivo, somnoliento)	• Debilidad o entumecimiento/hormigueo en más de un brazo o pierna • Vómitos repetidos • Dolor de cabeza intenso o creciente • Cada vez más inquieto, agitado o combativo. • Deformidad visible del cráneo

¿Qué puede suceder si mi hijo sigue jugando con una contusión o regresa demasiado pronto?

Los atletas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados inmediatamente del juego. Si continúan jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral hace que el joven atleta este especialmente vulnerable a una mayor lesión. Hay un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produzca esa conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera (síndrome del segundo impacto).
Esto puede conducir a una recuperación prolongada, o incluso inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los adolescentes o atletas adolescentes a menudo no informan de síntomas de lesiones, y las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, administradores de la escuela, entrenadores, padres y estudiantes son la clave para la seguridad del estudiante atleta.

Si usted piensa que su hijo/a ha sufrido una concusión

Cualquier atleta aunque solo se sospeche de haber sufrido una conmoción cerebral debe retirarse del juego o práctica inmediatamente y se debe organizar una derivación urgente a un proveedor de atención médica (si no está alguna en el sitio). Ningún atleta puede regresar a la actividad después de sufrir una conmoción cerebral, independientemente de cómo leve se vea o qué tan rápido los síntomas desaparecieron, sin una autorización escrita por un Doctor (MD) o un Doctor en Medicina de Osteopatía (DO). Observación detallada del atleta debe continuar durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que su hijo puede tener una conmoción recuerde es mejor perderse un partido que pierda toda la temporada. **¡En caso de duda, el atleta no juega!**

Reposo Cognitivo & Regreso a Aprender

El primer paso en la recuperación de una conmoción cerebral es el reposo relativo durante las primeras 24 a 48 horas. Durante este tiempo, los estudiantes pueden participar en actividades de la vida diaria y realizar actividad física ligera, como caminar, siempre que los síntomas no se exacerben más que levemente durante un período breve (menos de una hora). También se recomienda reducir el tiempo frente a la pantalla durante el primer o segundo día después de la lesión. Se debe alentar a los estudiantes a regresar a una rutina normal lo más rápido posible, tolerando una leve exacerbación de los síntomas con la actividad mental.

Es posible que los estudiantes necesiten ajustes en su carga de trabajo académico durante un corto período de tiempo mientras se recuperan de una conmoción cerebral. Intentar cumplir con todos los requisitos académicos demasiado pronto después de sufrir una conmoción cerebral puede exacerbar más que levemente los síntomas y retrasar la recuperación. Cualquier modificación académica debe coordinarse conjuntamente entre los proveedores médicos del estudiante y el personal de la escuela. Para minimizar las perturbaciones académicas y sociales, en la mayoría de los casos se recomienda que los estudiantes no estén completamente aislados, ni siquiera por un período corto de tiempo. Más bien, los estudiantes deben continuar participando en actividades de la vida diaria que no exacerben más que levemente los síntomas de la conmoción cerebral.

Regreso a Práctica y Competencia

La ley de Prevención de Lesiones Deportivas en la Cabeza en las Escuelas de Kansas (72-7119) dice que si un estudiante sufrió, o que se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza durante una competencia o práctica, debe ser retirado inmediatamente de la competencia o práctica y no puede regresar a la práctica o competencia hasta que un Proveedor de Atención Medica lo ha evaluado y provee una autorización por escrito para que pueda regresar a practica o competencia.
El KSHSAA recomienda que un atleta no deba volver a la práctica o competencia el mismo día que el atleta sufre o se sospecha que sufre una conmoción cerebral. El KSHSAA también recomienda que el atleta regrese a la práctica o competencia debe seguir un protocolo de un regreso gradual bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (MD o DO).

Para información reciente y al día acerca de conmociones cerebrales entre en:
http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html

Para información conmociones cerebrales y recursos educativos recopilados por KSHSAA, entre en:
http://www.kshsaa.org/Public/General/ConcussionGuidelines.cfm

_____	_____	_____
Nombre escrito del Estudiante Deportista	Firma del Estudiante Deportista	Fecha
_____	_____	_____
Nombre escrito del Padre/Tutor Legal	Firma del Padre/Tutor Legal	Fecha

Las partes en el presente documento aceptan que una firma electrónica se destina a hacer este escrito efectivo y vinculante y que tiene la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita.