



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DEL



HISTORIAL DE SALUD ATLÉTICA

North Plainfield High School / Middle School

34 Wilson Avenue, North Plainfield New Jersey 07069

NOMBRE: _____ ID: _____ DEPORTE: _____

Lo adjuntado "Formulario de Actualización del Historial Médico" debe ser completado por el atleta y el padre/tutor para aquellos estudiantes que tienen un examen físico atlético actual (menos de 1 año de edad el primer día de práctica) archivado en la Oficina de Atletismo/Enfermería. Responda todas las preguntas y proporcione información actualizada sobre su historial médico que haya cambiado desde que el estudiante atleta recibió este examen físico previo a la participación. Los formularios adjuntos deben completarse y devolverse al enfermera de la escuela antes de participar.

*****El examen físico debe tener menos de 1 año de antigüedad el primer día de práctica del estudiante*****

FORMAS DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVA GENESIS: Los padres y los estudiantes deben leer los siguientes formularios juntos en el Portal para padres de Génesis bajo "FORMAS". Una vez leído haga clic en aceptar. Por favor firme a continuación.

* **FORMULARIO DE PERMISO:** Para exámenes físicos, para participación, regulaciones de NJSIAA, código de conducta escolar, elegibilidad académica, para tratamiento de lesiones, pautas de conmoción cerebral y pruebas de referencia, muerte cardíaca súbita, concientización sobre el abuso de opioides, lesiones oculares y seguro de seguridad y lesiones deportivas, etc.

* **POLÍTICA DE PRUEBAS DE ESTEROIDES DE NJSIAA**

* **MUERTE CARDÍACA SÚBITA**

* **FORMULARIO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE OPIOIDES DE NJSIAA**

* **CONCIENCIA SOBRE CONCUSIONES Y LESIONES EN LA CABEZA**

* **HOJA DE SEGURIDAD POR LESIONES OCULARES**

* **FORMULARIO DE PERMISO DE EXAMEN CARDÍACO**

Al firmar a continuación, el estudiante y los padres reconocen que han leído, comprenden y aceptan toda la información en los Formularios de participación de Genesis Sport:

Estudiante: _____ Padre: _____ Fecha: _____

*****SOLO SE PERMITIRÁ A LOS ESTUDIANTES PARTICIPAR EN DEPORTES UNA VEZ QUE TODOS ESTOS REQUISITOS SON COMPLETOS Y APROBADOS POR EL ENTRENADOR DE ATLÉTICO, LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y EL MÉDICO DE LA ESCUELA*****

Aprobado: _____ Enfermera de la escuela _____ Atletismo

Departamento de Educación de Nueva Jersey

Formulario de Actualización del Historial Médico

Escuela Secundaria y Secundaria North Plainfield

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico previo a la participación archivado en la escuela se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un formulario de actualización de historial médico completo, y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ ID: _____ Edad: _____ Grado: _____

Fecha del examen físico previo a la participación actual: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación su hijo/a:

1. ¿Le han aconsejado médicamente que no practique algún deporte? Sí ___ No ___

2. ¿Sufrió una conmoción cerebral, quedó inconsciente o perdió la memoria debido a un golpe en la cabeza?
Sí ___ No ___

3. ¿Se rompió un hueso o se torció, torció o dislocó algún músculo o articulación? Sí ___ No ___

4. ¿Se desmayó o "desmayó"? Sí ___ No ___

5. ¿Experimentó dolores en el pecho, dificultad para respirar o "corazón acelerado"? Sí ___ No ___

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí ___ No ___

7. ¿Estuvo hospitalizado o tuvo que acudir a urgencias? Sí ___ No ___

8. Desde el último examen físico previo a la participación registrado en la escuela, ¿ha habido una muerte repentina en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problema cardíaco"?
Sí ___ No ___

9. ¿Empezó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí ___ No ___

10. Ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID 19) Sí ___ No ___

 Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID 19), ¿su hijo/hija tuvo síntomas? Sí ___ No ___

 Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID 19), ¿su hijo/a fue hospitalizado? Sí ___ No ___

11. ¿Algún miembro del hogar ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID 19)? Sí ___ No ___

Por favor explique aquí cualquier respuesta "SÍ": _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____