

Ferris Union High School District
Athletic Emergency/Medical Information & Participation Form

FALL	WINTER	SPRING		MULTI
<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Basketball	<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Boys Volleyball	<input type="checkbox"/> Sideline Cheer
<input type="checkbox"/> Football	<input type="checkbox"/> Soccer	<input type="checkbox"/> Boys Golf	<input type="checkbox"/> Stunt Cheer	<input type="checkbox"/> Team Manager
<input type="checkbox"/> Girls Tennis	<input type="checkbox"/> Wrestling	<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/> Lacrosse	<input type="checkbox"/> Powder Puff Football
<input type="checkbox"/> Boys Water Polo	<input type="checkbox"/> Girls Water Polo	<input type="checkbox"/> Swimming	<input type="checkbox"/> Track & Field	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Girls Volleyball		<input type="checkbox"/> Boys Tennis	<input type="checkbox"/> Spring Football	
<input type="checkbox"/> Girls Golf				

Athletes Name:		Address:		Today's Date:	
City		State: CA	Zip Code:		Home Phone:
Grade:	Age:	Gender:		Date of Birth:	
Father/Guardian's Name:			Phone:		Employer:
Mother/Guardian's Name			Phone:		Employer:
Emergency Phone Number:				Email:	
Family Physician:		Phone Number:		School Attended previous semester:	

List all schools attended in the last 12 months:

Medical History Questionnaire – This Section must be completed:

	Y	N		Y	N
1. Are you currently under a doctor's care for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Do you have any trouble breathing before or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Have you had any problems with your eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Do you wear glasses or contacts or protective eye wear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you currently taking any medications or pills?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Do you use any special equipment? (splint, neck rolls, mouth guards, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have any allergies? (medicine, bee sting, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Has anyone in your family died of heart problems or sudden death before the age of 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever been dizzy or fainted during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Do you only have one working organ of usually paired organs? (eye, kidney, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you ever had chest pains during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Have you ever sprained, broken, dislocated, or had repeated swelling or pain of any bones or joints?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever had high blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Are any of the following currently bothering you? Hand/Wrist/Elbow/Forearm/Hip/Thigh/Knee/Ankle/ Shin/Calf/Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you ever been told you have. Heart murmur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you ever had a racing heart or skipped heartbeats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Have ever had any medical problems or injuries? (asthma, mono, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you had a head injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Have you had any medical problems since your last evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you ever been knocked unconscious?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Were there any special instructions or precautions given y the Medical Practitioner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. What was the date or your tetanus shot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you ever been dizzy or passed out due to heat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. (Women Only) Date of your first menstrual period. When was your last menstrual period? Longest period of time between periods last year?		

Explain all "Yes" answers by question numbers, indicate dates for each item and include any special instructions

I/we hereby state, to the best of my/our knowledge, the answers to the questions for the medical history questionnaire above are true. I/we understand that by performing this examination, the undersigned physician does not assume responsibility for medical care of this individual. I/we verify that I/we have read the understand of material presented and all information I/we have provided is correct and I/we give permission for my/our child or ward to receive a physical exam and to participate in athletics. In the event reasonable attempts to contact the parent/guardian at the above phone numbers meets with no success, full authorization is given for the administration of any treatment deemed necessary by a medical practitioner, and the transfer of son/daughter or ward to any medical practitioner, and transfer of my/our son/daughter or ward to any licensed hospital or emergency clinic reasonably accessible. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required, but is given to provide authority and power on the part of school authorities and aforesaid agents(s) to give reasonable care. Facts are provided above concerning the student athlete's medical history which a medical practitioner should know.

Family Health Insurance Co.		Policy ID#
Signature of Athlete		Date:
Signature of Parent or Guardian		Date:

While this does not constitute a physical nor replace the need for a periodic health evaluation by a family physician, this individual appears to be physical capable of participation in interscholastic sports as of this date except as indicated below.

	Blood Pressure	HEENT	Skin	Heart	Lungs	Abnormal	Flexibility/Strength
Normal							
Abnormal							

<input type="checkbox"/> Cleared for sports without restrictions <input type="checkbox"/> Cleared with the following restrictions <input type="checkbox"/> Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: <input type="checkbox"/> Not cleared for participation in athletics		
Doctor's Office Stamp:	Physician's Signature	Date:

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y ACUERDO DE RENUNCIAR RESPONSABILIDAD, LIBERACIÓN Y ASUMA DE RIESGO, EXIMIR DE RESPONSABILIDAD Y OBEDECER LAS REGLAS E INSTRUCCIONES

Nombre de la Escuela: _____
Actividad Atlética/Deportiva: _____

Fecha: _____

La participación en la actividad atlética/deportiva mencionada anteriormente **ES VOLUNTARIA** y **NO SE REQUIERE** como parte del programa escolar regular. Por la presente se da consentimiento para que el estudiante _____ participe en la actividad/deporte mencionado anteriormente.

Yo estoy consciente que participar, jugar y practicar para jugar o preparar para practicar/jugar en cualquier actividad atlética/deportiva puede ser una actividad peligrosa involucrando **VARIOS RIESGOS DE LESIONES**. Yo entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, practicar para jugar o preparar para practicar/jugar en la actividad atlética/deportiva mencionada anteriormente incluye, pero no se limita a, la muerte, lesiones graves del cuello o la espina dorsal que podrían resultar en parálisis total o parcial, daño cerebral, lesiones graves en prácticamente todos los órganos internos, lesiones graves a prácticamente todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético y lesión grave o discapacidad a otros aspectos de mi (o al de mi estudiante) cuerpo, salud y bienestar general. Yo entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, practicar para jugar o preparar para practicar/jugar en la actividad atlética/deportiva podría resultar no sólo en lesiones graves, sino en una discapacidad grave de mi (o de mi estudiante) futura habilidad de trabajar, participar en otras actividades comerciales, sociales y recreativas y generalmente disfrutar de la vida. Reconozco especialmente que el béisbol, softbol, fútbol americano, fútbol, LaCrosse, deportes acuáticos y lucha libre son deportes más peligrosos que implican un riesgo aún más alto de lesiones que otros deportes. En caso de un accidente o enfermedad repentina, Perris Union High School District tiene el permiso de dar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario para el estudiante anteriormente nombrado. Yo asumiré el costo del servicio de ambulancia en caso de una emergencia y entiendo que el distrito no paga por los servicios de ambulancia. Además, entiendo y acepto la responsabilidad de obtener una confirmación por escrito del médico indicando que el estudiante puede regresar a las prácticas y competencias con su equipo en cualquier momento que el estudiante sea visto por tal personal.

Debido a los peligros de participar, jugar, practicar a jugar o preparar para practicar/jugar en la actividad atlética/deportiva mencionada anteriormente, yo (o en nombre de mi estudiante) reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores en cuanto a las técnicas de jugar, el entrenamiento y juego y las demás reglas del equipo y me comprometo a obedecer tales instrucciones/reglas. También se reconoce que la asistencia y el rendimiento académico son esenciales para el éxito estudiantil. Este éxito proporciona la elegibilidad para la participación en la actividad atlética/deportiva mencionada anteriormente. **PARA ASEGURAR ESTO, LOS ESTUDIANTES DEBEN ASISTIR A TODAS SUS CLASES EN EL DÍA DE LA COMPETICIÓN O EL DÍA ANTES DE UN EVENTO DE SÁBADO.** Las citas durante los días de juego deben seguir la política de asistencia como se indica en el manual del estudiante.

El transporte de ida y vuelta a la mayoría de las competiciones atléticas será proporcionado por Perris Union High School District. Nunca está permitido que los estudiantes transporten a otros estudiantes a las competencias atléticas. Se espera que los estudiantes usen este transporte como representantes de su escuela. Cualquier otro arreglo debido a una emergencia o circunstancia familiar debe solicitarse por escrito por el padre/tutor (quien ha firmado este formulario) el día antes del viaje y debe aclararse a través de la oficina escolar.

En consideración de que Perris Union High School District me (o a mi estudiante) está permitiendo hacer una prueba para la actividad atlética/deportiva mencionada anteriormente en la escuela mencionada anteriormente y **PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL EQUIPO**, incluyendo, pero no se limita a, hacer una prueba, preparar para, transportar a o de, practicar para, jugar o de otra manera participar en la actividad atlética/deportiva, **YO (O EN NOMBRE DE MI ESTUDIANTE) POR LA PRESENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA PARTICIPACIÓN Y CONSIENTO EN RENUNCIAR LA RESPONSABILIDAD Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT, SUS EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES, ENTRENADORES Y A TODOS LOS VOLUNTARIOS DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD, ACCIÓN, CAUSA DE ACCIÓN, DEUDA, RECLAMO O DEMANDA DE CUALQUIER TIPO Y NATURALEZA EN ABSOLUTO QUE PODRÍA SURGIR DE O EN CONEXIÓN CON MI (O DE MI ESTUDIANTE) PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL EQUIPO.** Los términos del presente servirán como **LIBERACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO** para mí, mis herederos, bienes, albacea, administrador, cesionarios y para todos los miembros de mi familia.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO CUIDADOSAMENTE EL ACUERDO DE LA LIBERACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO ANTERIOR Y LO ENTIENDE COMPLETAMENTE

Imprima el nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Imprima el nombre del estudiante

Firma del estudiante

Compañía de seguro médico/contra accidentes estudiantiles*

Número de póliza

* Si no tiene seguro contra accidentes, el distrito le proporciona formularios para obtener el seguro como se requiere por la ley. Los formularios están disponibles en la oficina de la escuela. El seguro se debe mantener en todo momento. Notifique al director atlético de cualquier cambio/cancelación de la óliza.

AUTORIZACIÓN ATLÉTICA

Pasos rápidos para padres / estudiantes que utilizan el proceso de autorización atlética en línea. Actualizado: Marzo de 2024

Autorización atlética en línea 24-25 Las inscripciones comienzan en junio.

1. Visite www.HomeCampus.com y seleccione su estado.
2. **Registro:** Padres, regístrese con un nombre de usuario y una contraseña de correo electrónico válidos. Se le pedirá que ingrese un código para verificar que es humano. Si se omite este paso, su cuenta no se activará. (Si se omite este paso, comuníquese con nosotros para activar su cuenta)
3. **Inicio de sesión:** utilizando su dirección de correo electrónico con la que se registró
4. Seleccione "**Comience la liquidacion aqui**" para iniciar el proceso.
5. Elija el año escolar en el que el estudiante planea participar. *Ejemplo: el fútbol en septiembre de 2023 sería el año escolar 2024-2025.*
Elija la escuela: **Heritage: 26001 Briggs Road.**
Elige deporte
6. Información del estudiante: Complete todos los campos obligatorios para información del estudiante, historial educativo e historial médico. **(Sugerimos rechazar el reclutamiento de NCSA ya que nuestra escuela también incluye oportunidades de reclutamiento)**
7. Página de firma: requiere que tanto el padre como el atleta lean nuestras políticas y den su consentimiento con una firma digital.
8. Formularios de la escuela: El distrito escolar secundario de Perris Union ahora requiere prueba de seguro. Cargue una foto de su tarjeta de seguro. Si no tiene cobertura de seguro, el distrito ofrece una opción de bajo costo con Myers-Stevens y Toohey: <https://myers-stevens.com/>.
Descargue el archivo de formularios físicos de la escuela si es necesario. Devuelva el formulario físico (con firmas húmedas/bolígrafo de tinta negra o azul únicamente) a la oficina de atletismo en persona.
9. Una vez que llegue al **mensaje de confirmación**, habrá completado el proceso.

Todos estos datos se archivarán electrónicamente con el departamento de deportes de su escuela para su revisión. Cuando el estudiante haya sido autorizado para participar, se enviará una notificación por correo electrónico.

Liquidación atlética en línea (Preguntas Frecuentes)

¿Cuál es mi nombre de usuario?

Su nombre de usuario es la dirección de correo electrónico con la que se registró.

Exámenes físicos

El formulario físico que usa su escuela se puede descargar en la página de exámenes físicos. El distrito requiere que todos los estudiantes envíen una copia impresa al departamento de deportes.

¿Por qué no me han autorizado?

Su escuela revisará la información que ha enviado y aclarará o negará la participación de su estudiante. Recibirá un correo electrónico cuando el estudiante esté autorizado.

¡Mi deporte no está en la lista!

Comuníquese con el departamento de atletismo de su escuela y solicite que activen su deporte.