



## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica (opcional)? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (opcional)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis  
 Tres dosis  Fecha de la dosis de refuerzo \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).  
 \_\_\_\_\_

### Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto 1	<input checked="" type="radio"/>	0	1	2
No es capaz de detener o controlar la preocupación 1	<input checked="" type="radio"/>	0	1	2
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas 1	<input checked="" type="radio"/>	0	1	2
Se siente triste, deprimido o desesperado 1	<input checked="" type="radio"/>	0	1	2

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

### PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|

### PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA</b>		<b>No está seguro/a</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o paciente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	<b>No está seguro/a</b>	<input type="checkbox"/>	
24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.	¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL (opcional)</b>		<b>N/A</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>		
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?	<input type="checkbox"/>		
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>		

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN REMINDERS

1. 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 use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION					
Height:	Weight:				
BP:	/ ( / )	Pulse:	Vision: R 20/	L 20/	Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL				NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>					
Eyes, ears, nose, and throat					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pupils equal</li> <li>• Hearing</li> </ul>					
Lymph nodes					
Heart*					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>					
Lungs					
Abdomen					
Skin					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or <i>tinea corporis</i></li> </ul>					
Neurological					
MUSCULOSKELETAL				NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck					
Back					
Shoulder and arm					
Elbow and forearm					
Wrist, hand, and fingers					
Hip and thigh					
Knee					
Leg and ankle					
Foot and toes					
Functional					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>					

\* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA



## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

- Medically eligible for all sports without restriction  
 Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of \_\_\_\_\_

- Medically eligible for certain sports \_\_\_\_\_

- Not medically eligible pending further evaluation  
 Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. 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).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA

**¿Qué es una concusión?** Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

**¿Cómo sé si tengo una concusión?** Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito  Mareo  Problemas de equilibrio  Sensibilidad al ruido o la luz	Sentirse nervioso o preocupado  Llorar más	Sentirse cansado(a)

La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

**¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión?** Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu parent/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

**¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)?** Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu parent/ madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

**¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión?** Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas teniendo una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

**¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión?** Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu parent/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

**Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.**

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

## **Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal**

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Nombre(s) del parente/madre/tutor: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Iniciales del  
estudiante-atleta

Iniciales del parente/ madre/ tutc

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi parente/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), parente/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitaré el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y parente de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y parente de familia/ tutor legal.	

**Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y parente de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.**

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del parente/madre/tutor

Fecha

# ELEGIBILIDAD, PERMISO PARA PARTICIPAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DIVULGACIÓN

**El estudiante-atleta y los padres/tutores legales del estudiante-atleta deben leer esta declaración detenidamente y firmar donde sea necesario. Al firmar este formulario, todas las partes aceptan que han completado con precisión todas las secciones del formulario y han leído y aceptado los términos de este formulario tal como se detallan.**

**Este documento debe ser firmado por el estudiante-atleta de una escuela miembro de NCHSAA y los padres/tutores legales del estudiante-atleta antes de participar. Los estudiantes-atletas no pueden participar sin la firma del estudiante-atleta y de sus padres/tutores legales.**

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutores legales del estudiante-atleta) hemos leído y comprendido las reglas de elegibilidad aplicables a la participación en deportes a través de la Asociación Atlética de Escuelas Preparatorias de Carolina del Norte (NCHSAA). Entendemos que hay una copia del Manual de la NCHSAA archivada con el director y/o director deportivo de la escuela miembro, que el Manual está disponible en el sitio web de la NCHSAA ([nchsaa.org](http://nchsaa.org)) sin costo y que podemos revisarlo en su totalidad, si así lo elegimos. Sabemos que nuestra escuela es miembro de la NCHSAA y debe cumplir con todas las regulaciones que rigen los programas deportivos interescolares, incluidas, entre otras, las leyes federales y estatales, las regulaciones locales, las reglas adoptadas por la Junta de Educación del Estado y las reglas de la NCHSAA. Aceptamos seguir las reglas de nuestra escuela y las de la NCHSAA y cumplir con las decisiones de la escuela y la NCHSAA. Reconocemos y entendemos que la participación en el atletismo interescolar es un privilegio, no un derecho. Entendemos que el rendimiento académico en las clases, abandonar una clase o realizar trabajos de curso a través de otras opciones educativas podrían afectar la elegibilidad para participar en deportes.

## **CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE**

Como estudiante-atleta, yo entiendo y acepto las siguientes responsabilidades:

- Yo respetaré los derechos y creencias de los demás y los trataré con cortesía y consideración.
- Yo seré totalmente responsable de mis propias acciones y de las consecuencias de mis acciones.
- Yo respetaré la propiedad de los demás.
- Yo respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Yo mostraré respeto a quienes son responsables de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Yo entiendo que un estudiante cuyo carácter o conducta viola el Código Atlético de la escuela o el Código de Responsabilidad Escolar podría ser considerado no elegible por

un período de tiempo según lo determine el director o la administración del sistema escolar.

## **EXENCION DE RESPONSABILIDAD Y DIVULGACION**

### **POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) reconocemos que la participación en deportes inter escolares implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves que incluyen, entre ellas, la muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna que pueden provocar una parálisis total o parcial, lesiones graves en los órganos internos, lesiones graves en todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, lesiones graves o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos sobre la salud general y el bienestar del niño. Aunque la muerte y las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todos los riesgos. Debido a estos riesgos inherentes, reconocemos la importancia de que el estudiante-atleta siga las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas del equipo. Reconocemos que tenemos la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Entendemos que los estudiantes-atletas deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado e inspeccionar su propio equipo diariamente.

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) entendemos que todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones que incluyen daño cerebral prolongado y la muerte si no son reconocidos y gestionados adecuadamente. Además, entendemos que si el estudiante-atleta es retirado de una práctica o competencia debido a una sospecha de conmoción cerebral, no podrá volver a participar a menos y hasta que se le dé autorización de conformidad con las leyes aplicables. También reconocemos que hemos recibido, leído y firmado la Hoja de información sobre conmociones cerebrales de Gfeller-Waller y que hemos visto el video educativo sobre conmociones cerebrales CrashCourse.

\* \* \*

**Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) por la presente liberamos, absuelve y liberamos para siempre de manera irrevocable e incondicional a la NCHSAA, sus escuelas miembros y a la directores, funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados de la NCHSAA y sus escuelas miembros (colectivamente, los “Exonerados” y cada uno individualmente un “Exonerado”), de todas y cada una de las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluidos los honorarios de abogados) en que el estudiante-atleta y/o los padres/tutor legal del estudiante-atleta incurran o sostengan contra una persona, propiedad o ambos que surjan, resulten de, ocurran durante o de otra manera estén conectados o relacionados con la participación del estudiante-atleta en deportes interescolares, si se deben a la negligencia ordinaria de los exonerados.**

\* \* \*

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) por la presente damos consentimiento para permitir que el estudiante-atleta reciba el tratamiento médico que la NCHSAA considere aconsejable, sus escuelas miembros o representantes de escuelas miembros en caso de lesión, accidente o enfermedad mientras participa en deportes interescolares, incluido, entre otros, el transporte del estudiante-atleta a un centro médico. Damos consentimiento al tratamiento médico para el estudiante-atleta luego de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y/o una competencia. Entendemos que en caso de lesión o enfermedad que requiera tratamiento por parte de personal médico y transporte a un centro de atención médica, se hará un intento razonable de comunicarse con el parent/tutor legal si el estudiante-atleta es menor de edad, pero que, si es necesario, el estudiante-atleta será tratado y transportado en ambulancia al hospital más cercano. Además, autorizamos el uso o divulgación de la información de salud de identificación personal del estudiante-atleta en caso de que sea necesario un tratamiento por enfermedad o lesión. Aceptamos que hemos recibido notificación adecuada de los servicios de atención médica según lo exige N.C. Gen. Stat. § 115C-76.45(1) y que nuestro consentimiento aquí para dichos servicios es suficiente para satisfacer N.C. Gen. Stat. §§ 90-21.10B, 115C-76.45(1).

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) otorgamos permiso a la NCHSAA, a sus escuelas miembros y a los representantes de las escuelas miembros para usar y divulgar la información de identificación personal necesaria de los registros educativos del estudiante-atleta, incluida información académica, financiera y de atención médica, a terceros, incluidos representantes escolares, entrenadores, entrenadores deportivos, instalaciones médicas, personal médico, asesores legales de NCHSAA y los medios de comunicación, para el propósito de recibir atención médica adecuada/necesaria y cumplir con las reglas de la NCHSAA, las reglas de la Junta Estatal de Educación y cualquier ley aplicable, incluida la toma de determinaciones sobre la elegibilidad para participar en deportes inter escolares y cualquier procedimiento administrativo o legal que resulte de la participación o el intento de participación en atletismo inter escolar, sin que dicha divulgación constituya una violación de los derechos establecidos en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en Inglés). **Además, liberamos a la NCHSAA, sus escuelas miembros y a los directores, funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados de la NCHSAA y sus escuelas miembros de todos y cada uno de los reclamos que surjan del uso y divulgación de dicha información de identificación personal necesaria.**

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) otorgamos permiso a la NCHSAA, a sus escuelas miembros y a los representantes de las escuelas miembros para divulgar la información demográfica del estudiante-atleta, información (incluyendo películas e imágenes fotográficas fijas) y estadísticas de participación (incluyendo altura, peso, año en la escuela, historial de participación y otras estadísticas basadas en el desempeño) y otra información que pueda solicitarse o presentarse. Aceptamos que el estudiante-atleta puede ser fotografiado o capturado de otro modo digital o electrónicamente durante una competencia escolar, y que dicho producto puede usarse en el curso de las gestiones normales de la NCHSAA, incluidos videos e imágenes fijas comerciales y basados en Internet. Reconocemos y aceptamos que cualquier parte de este material puede usarse sin permiso o compensación específicamente relacionada con la NCHSAA y sus eventos, sin que dicho uso constituya una violación de los derechos establecidos en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). Damos permiso al uso del nombre del atleta, imagen, semejanza e información relacionada con el deporte del estudiante-atleta en informes de competencias, literatura promocional de la NCHSAA y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar, y otorgamos a la NCHSAA el derecho a fotografiar, y/o grabar en video

al participante y además utilizar el rostro, la imagen, la voz y la apariencia del estudiante-atleta en relación con exhibiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reservas ni limitaciones.

**Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que damos nuestro consentimiento a la participación del estudiante-atleta aquí nombrado. Entendemos que las autorizaciones y derechos aquí otorgados son voluntarios y que podemos revocar cualquiera o todos ellos en cualquier momento presentando dicha revocación por escrito a la escuela miembro del estudiante-atleta. Entendemos que, si presentamos una revocación, el estudiante-atleta ya no será elegible para participar en deportes interescolares; no obstante, la revocación de la autorización para usar el nombre, la imagen, la semejanza y la información relacionada con el deporte del estudiante-atleta no afectará la elegibilidad.**

---

Firma del estudiante

Fecha de Nacimiento

Grado en la escuela

Fecha

**LEA EL FORMULARIO DE ARRIBA COMPLETAMENTE Y CUIDADOSAMENTE.**

**USTED ACEPTE DEJAR QUE SU HIJO/HIJA MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTE QUE INCLUSO SI LA ASOCIACIÓN DE ATLÉTICO DE ESCUELAS PREPARATORIAS DE CAROLINA DEL NORTE Y SUS ESCUELAS MIEMBROS UTILIZARON UN CUIDADO RAZONABLE AL PROPORCIONAR ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA PROBABILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA RESULTAR GRAVEMENTE LESIONADO O MORIR AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE EXISTEN CIERTOS PELIGROS INHERENTES AL DEPORTE PARTICIPACIÓN QUE NO PUEDE EVITAR NI ELIMINAR.**

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED RENUNCIA AL DERECHO DE SU NIÑO Y A SU DERECHO A RECUPERARSE DE LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA DE ESCUELAS PREPARATORIAS DE CAROLINA DEL NORTE, SUS ESCUELAS MIEMBROS Y DE CUALQUIER DIRECTOR, FUNCIONARIO, AGENTE, ABOGADO, REPRESENTANTE O EMPLEADO DE ATLÉTICO DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE. ASOCIACIÓN O SUS ESCUELAS MIEMBROS EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER DAÑO PERSONAL A SU NIÑO (INCLUYENDO LA MUERTE), O POR CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS INHERENTES A LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA. USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE TIENE DERECHO A NEGARSE A PERMITIR QUE SU HIJO PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.**

---

Firma del padre o tutor legal

Fecha

**Escuelas del Condado de Catawba**

**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO**

*Esta hoja debe ser completada en la oficina del director(a) antes de que el estudiante pueda participar en cualquier programa de atletismo.*

<b>Fecha:</b>			
<b>Nombre Completo Estudiante:</b>			
<b>Escuela:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Grado:</b>
<b>Dirección del Estudiante:</b>			
<b>Nombre del Padre/Guardian/Custodio/Persona matriculando conforme a declaración jurada en caso de adversidad:</b>			
<b>Direccion del Padre/Guardian/Custodio/Persona matriculando conforme a declaración jurada en caso de adversidad:</b>			
<b>Telefono Casa:</b>	<b>Teléfono Trabajo:</b>	<b>Celular:</b>	
<b>Doctor de Estudiante:</b>	<b>Direccion de Doctor:</b>	<b>Telefono de Doctor:</b>	

**PERMISO DEL PADRE/MADRE, RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN**

1. Verificación **Padre/Guardián/Custodio**. El suscrito **Padre/Guardián/Custodio/Persona matriculando conforme a declaración jurada en caso de adversidad** por medio de la presente certifica que el/ella en el parentesco biológico, custodio, o guardián del estudiante o persona conforme a declaración jurada en caso de adversidad y que, a petición de la Junta Directiva o de sus empleados en adelante (CCBOE), el/ella deberá de dar inmediatamente cualquier o toda documentación requerida por CCBOE con la verificación su relación con el estudiante. El suscrito reconoce y está de acuerdo que si no se entrega suficiente documentación o no cumple con los requisitos de la CCBOE, el Estudiante puede ser removido o excluido de la participación en eventos de atletismo, prácticas y juegos interescolares.

2 CUMPLIMENTO DE PROGRAMA. El suscrito por medio de la siguiente certifica que la información contenida en esta solicitud y la hoja de Examen de Pre-participación de Asociación Deportiva De Carolina del Norte Para Escuela Secundaria es verdadera y correcta. El suscrito está de acuerdo en notificar al Director(a) inmediatamente en caso que: a) haya un cambio en la condición médica del estudiante; (b)que el estudiante comience a tomar algún medicamento y c) que haya un cambio en la dirección del domicilio. El suscrito está de acuerdo en revisar, comprender y cumplir incluyendo todas las reglas, regulaciones, código de conducta, políticas y reglas de elección y regulaciones que gobiernan la participación del Estudiante en eventos de atletismo, competencias como lo expone el estado y la ley federal, Junta Directiva de las Escuelas del Condado de Catawba, Junta de Educación y la

Asociación de Atletismo de Carolina del Norte a la cual pertenece el estudiante. El suscrito acepta que en el evento que la información contenida en este documento o del Examen de Pre Participación de la Asociación Deportiva de Escuelas Secundarias del Estado de Carolina del Norte es falsa, el Estudiante será suspendido inmediatamente de participar en cualquier evento interescolar de atletismo por un mínimo de 365 días.

3. PERMISO DE PARTICIPAR EN: El suscrito da consentimiento por este medio al Estudiante de participar en los siguientes deportes patrocinados por la escuela donde está matriculado:

- Baseball  Basketball  Campo Traviesa  Football  Softball  Golf  
 Track bajo techo  Soccer  Cheerleading  Natacion  Tennis  Volleyball  
 Wrestling  
 Lacrosse

4. GASTOS. El suscrito por este medio acepta que la participación del Estudiante en estos eventos deportivos, prácticas y juegos incurren en costos que corren por la responsabilidad del Estudiante. También acepta pagar y asumir responsabilidad total de estos costos y gastos.

5. SEGUROS. El suscrito por este medio acepta que la participación del Estudiante en estos eventos deportivos inter escolástico, que en todo momento mantenga y tenga seguro médico o de accidente. El suscrito Padre/Guardián/Custodio por este medio certifica que el Estudiante será cubierto durante el periodo completo de participación en eventos de atletismo interescolar cubierto con seguro médico y de accidente. El suscrito se compromete a avisar al Director(a) de cualquier cambio en el seguro médico y de accidente.

6. TRANSPORTE. El suscrito acepta y está de acuerdo que mientras el Estudiante esté matriculado y participando en eventos de atletismo, prácticas y competencias será responsable del transporte del Estudiante a las prácticas, eventos y competencias de recogerlo después. El suscrito **Padre/Guardián/Custodio** por este medio otorga permiso sin restricciones para que el Estudiante viaje eventos de atletismo inter escolásticos, prácticas y competencias y todas las actividades relacionadas a la participación del Estudiante en atletismo. En caso que el transporte a estos eventos sea proporcionado por la escuela del Estudiante, el suscrito da consentimiento que sea transportado por la escuela.

7. DIVULGACIÓN DE IMÁGENES. El suscrito asigna, transfiere y otorga a CCBOE y sus agentes, empleados sucesores, asignados y aquellos a los cuales se les da comisión, licencia absoluta, sin restricciones, sin límites, derechos, permiso y de difundir y consentimiento de tomar fotografías, videos y grabaciones de la imagen del estudiante, voz y usar, divulgar derechos de imprenta, reproducciones y publicaciones o medios, para propósitos que la CCBOE considere apropiados, nombre del estudiante, firmas, fotos, y fotos impresas, audios, pistas o textos o otras representaciones del estudiante en donde el estudiante aparezca o cualquier reproducción o bosquejos o partes con agregados o borrados, alteraciones o cambios que la CCBOE pueda hacer, ya sea separadamente o juntamente con el nombre del estudiante, o un nombre ficticio o el nombre de otra persona, con o sin, declaraciones o testimonios hechos o autorizados por el suscrito que la CCBOE puede, en sus discreción, prepare para el uso de comunicaciones. El suscrito no ha limitado o restringido el uso del nombre del Estudiante o foto a ninguna entidad o persona.

8. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR RECORDS E INFORMACIÓN De conformidad a 20 U.S.C §1232g; 34 CFR Part 99 (FERPA). El suscrito reconoce y está de acuerdo por este medio que los records de educación del Estudiante, incluyendo información personal en el record del Estudiante, son protegidos en

conformidad al el Acta de Familia de Derechos y Privacidad de Educación (20 U.S.C. §1232g y 34 CFR Parte 99) y por lo tanto, no puede ser divulgada por cualquier oficial de la CCBOE sin permiso escrito del padre/madre/custodio/guardián. La CCBOE y sus empleados y oficiales tienen autorización por este medio de divulgar, revelar y compartir los siguientes récords e información relacionada con el Estudiante con y Colegio Universitario, Reclutadores de Atletismo de Universidades, buscadores de talentos o entrenadores con el propósito de incrementar la posibilidad de una beca para asistencia en educación futura de dicho estudiante y motivar, ayudar y promover que la carrera del estudiante en colegio universitario y deportes a nivel profesional: Habilidades físicas y de atletismo y limitaciones, habilidad académica progreso y reputación, notas oficiales y academias, potencial de la habilidad atlética, liderazgo, actitud, conducta pasada, características de conducta, condición medica, historial medico, records médicos e informacion e identificación de la participación en eventos deportivos del estudiante. La CCBOE y sus empleados y oficiales tienen autorización por este medio de divulgar y revelar, y compartir los siguientes récords e información relacionada con el Estudiante y miembros de\ medios de comunicación, incluyendo pero no limitado a Periódicos y Reporteros de Televisión con el propósito de brindar información, rastreo de información y clarificación de actividades y la condición del Estudiante en deportes inter escolares que apoyan, motivan y siguen atletismo interescolar: Condición médica, status, tratamiento y progreso de lesiones que puedan afectar el rendimiento del Estudiante en eventos de atletismo inter escolares, entrenamientos, prácticas y competencias y la identificación de la participación de Estudiante en eventos deportivos. El suscrito reconoce por este medio que cada uno tiene el derecho de 1) rehusar a firmar este Consentimiento. 2) revocar el Consentimiento, por escrito, mandando la notificación por escrito a la CCBOE, y 3) inspeccionar y copiar la información y records que van a ser divulgados. Con la firma abajo, el Estudiante/Custodio Legal/Guardian por este medio otorga la divulgación, y compartir la información y récords relacionados al Estudiante como se establecen en este documento.

9. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: El suscrito por este medio da consentimiento y permiso para que el Estudiante practique y juegue en eventos de atletismo inter escolares para la Junta Directiva del Condado de Catawba (CCBOE). El suscrito está de acuerdo que es necesario que el Estudiante se haga exámenes médicos que determinen si está o no está médicalemente calificado para participar en los deportes determinados en esta hoja. También el suscrito está de acuerdo que el Estudiante está sujeto a lesiones o padecimientos (incluyendo mínimos/serios/catastróficos y/o muerte) los suscritos asumen el riesgo de lesiones o padecimientos por la participación del Estudiante en atletismo interescolar, prácticas, juegos y competencias. El suscrito por este medio otorga el permiso para que el Estudiante reciba tratamiento médico de proveedores que es considerado necesario para una condición, enfermedad, lesión causada durante práctica o juegos durante atletismo interescolar, incluyendo, pero no limitado a, tratamiento médico o quirúrgico recomendado o un médico. Para siempre y por consideración valiosa, el recibo y suficiencia en lo que se reconoce por este medio, el suscrito por este medio, para sus ejecutores, administradores, sucesores y asignados, libera y absuelve, y por siempre libera a la Junta de Educación del Condado de Catawba, y sus agentes, empleados, servidores, sucesores, abogados y toda otra persona, corporación, firmas, asociados o socios, bajo demanda por negligencia, acciones, causa de acciones, demandas, derechos, costos, pérdida de servicio, gastos y compensación que el suscrito tenga o ha tenido o pueda en adelante acumular con respecto a la participación del Estudiante en eventos de atletismo interescolar, prácticas, juegos, competencias, incluyendo transporte hacia y de regreso de dicha actividad, e incluyendo todo daño previsto y no previsto y las consecuencias resultantes o a resultar o surgiendo de una o todos los derechos implicados, demandas, acciones, causas de acciones en que el suscrito pueda o pueda en adelante acumular contra la Junta Directiva de las Escuelas del Condado de Catawba. El suscrito además declara y representa que no se le hizo ninguna promesa, inducción o acuerdo que no esté expresado en este documento.

## **INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL ESTUDIANTE**

(Todos los participantes en atletismo inter escolástico deberán de matricularse en una póliza contra accidentes a través de la escuela del Estudiante o deberá de tener un seguro médico independiente.)

### **¿Está el Estudiante en una póliza de seguro a través de la escuela del Estudiante?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

### **INCLUYA COPIA DE PÓLIZA**

### **¿Está el Estudiante en una póliza de seguro médico independiente?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

### **INCLUYA COPIA DE PÓLIZA**

Si la respuesta es sí:

---

---

**Nombre de Compañía de Seguro Médico**

---

---

**Dirección de Compañía de Seguro Médico**

---

---

**Póliza No.**

Certifico que la información contenida en este Consentimiento de Participación en Atletismo y la información contenida en la asociación de Atletismo en Escuela Secundaria de Carolina del Norte es verdadera y exacta con respecto al Estudiante.

Firma del Estudiante:

---

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Student Athlete Pledge**

As a student athlete, I know I am a role model. I understand the spirit of fair play while playing hard. I will refrain from engaging in all types of disrespectful behavior, including inappropriate language, taunting, trash talking, and unnecessary physical contact. I know the behavior expectations of my school, my conference, and the NCHSAA and hereby accept the responsibility and privilege of representing this school and community as a student athlete.

---

Student Athlete Signature

Date

## **Promesa de los padres del estudiante atleta**

Como padre o madre, reconozco que soy un modelo para mis hijos. Recordaré ese atletismo escolar son una extensión del salón de clase y que ofrecen a los estudiantes oportunidades de aprendizaje. Debo mostrar respeto por todos los jugadores, entrenadores, espectadores y grupos de apoyo. Participaré en aclamaciones que apoyan, animan y elevan los equipos implicados. Entiendo el espíritu de juego limpio y deportividad buena esperada por nuestra escuela, conferencia y el NCHSAA. Por este medio acepto mi responsabilidad de ser un modelo de la deportividad buena que viene con ser un parent de un atleta estudiante.

---

Firma del parent/tutor legal

Fecha