

2022-2023

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO Y EXAMEN FÍSICO PARA DEPORTISTAS DE LA DIAA

A partir de la publicación de este paquete, se **DEBEN** utilizar estos formularios cuando se completen los formularios requeridos por la Asociación Atlética Interescolar de Delaware (DIAA, por sus siglas en inglés) para la participación deportiva. Cada año, la DIAA utilizará esta carta de presentación para poner al día a los proveedores sobre cualquier cambio y fecha importante.

El Comité Consultivo de Medicina Deportiva de la DIAA recomienda que el proveedor de atención primaria del estudiante (médico familiar) complete los formularios requeridos para asegurar la continuidad de la atención médica. Estos formularios se deben completar **después del 1 de abril de cada año en base a un examen físico realizado por el médico firmante dentro de un año de la fecha de la firma.**

Cambios clave:

- Consulte las hojas de información y los reglamentos actualizados sobre la COVID para obtener la información más reciente sobre salud y seguridad.
- En el formulario de historial (página 3), todas las preguntas se deben responder en base al historial médico completo (no solo en el último año).
- En el formulario de examen físico (página 4), se ha añadido una sección para la fecha de autorización junto a la "firma del profesional de la salud". La fecha de cumplimentación de los formularios no tiene por qué ser el mismo día en que se realizó el reconocimiento médico. Véase más arriba el calendario de los exámenes físicos.

Formulario de evaluación física y consentimiento previo a la participación de la Asociación Atlética Interescolar de Delaware

El formulario de evaluación física y consentimiento previo a la participación de la DIAA consta de siete páginas. Las páginas dos, tres y cinco requieren la firma de los padres, mientras que las páginas seis y siete son referencias que los padres y el estudiante deportista deben conservar. La página cuatro requiere la fecha del examen y la firma del médico y la página cinco requiere la fecha de autorización para participar y la firma del médico. **El estudiante debe estar autorizado a participar a partir del 1 de abril, en base a un examen físico realizado dentro de los 12 meses posteriores a la firma. La autorización es válida hasta el 30 de junio del siguiente año escolar, a menos que se requiera un nuevo examen.**

Nombre del deportista: _____ Escuela: _____
 Grado: _____ Edad: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Nombre del padre o madre/tutor: (en letra de molde): _____

Para los exámenes físicos de los alumnos de 9^{no} grado o de los nuevos ingresantes a la escuela, marque aquí indicando la forma de inmunización adjunta:

CONSENTIMIENTOS DEL PADRE/TUTOR/ESTUDIANTE

_____ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares que **NO** están marcados debajo

(Nombre del deportista)

NOTA: Si marca alguno de los deportes a continuación, el deportista **NO** podrá participar en ese deporte.

<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Béisquet (G)(B)	<input type="checkbox"/> Campo traviesa (G)(B)	<input type="checkbox"/> Hockey sobre césped	<input type="checkbox"/> Balompié
<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Lacrosse (G)(B)	<input type="checkbox"/> Fútbol (G)(B)	<input type="checkbox"/> Sóftbol	<input type="checkbox"/> Natación (G)(B)
<input type="checkbox"/> Tenis (G) (B)	<input type="checkbox"/> Atletismo (G)(B)	<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> Lucha grecorromana	<input type="checkbox"/> Equipo de animadoras
<input type="checkbox"/> Balompié unificado	<input type="checkbox"/> Béisquet unificado	<input type="checkbox"/> Atletismo unificado	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

1. Mi permiso se extiende a todas las actividades interescolares ya sea que se realicen dentro o fuera de las instalaciones de la escuela. He leído y debatido el **Documento de información de concusión para padres y jugadores; la Hoja de concientización sobre el paro cardíaco repentino** y guardaré esas páginas para mi referencia. También he hablado con él/ella y entendemos que se pueden producir lesiones físicas, incluido parálisis, coma o muerte y puede ocurrir una *exposición a COVID-19* como resultado de la participación en el atletismo interescolar. Renuncio a cualquier reclamo por lesiones, enfermedades o daños incurridos por dicha persona durante su participación en las actividades que NO están marcadas arriba.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

2. Para permitir a la DIAA y a sus escuelas miembros asociadas de pleno derecho determinar si el estudiante que aquí se nombra es elegible para participar en el deporte interescolar, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de todas y cada una de las partes de los archivos del registro escolar, comenzando con el sexto grado, del estudiante que aquí se nombra, que incluye sin limitación, los registros de nacimiento y edad, el nombre y la residencia de los padres, tutores o cuidadores familiares del estudiante, la residencia del estudiante, los registros de salud, el trabajo académico completo, las calificaciones recibidas y los registros de asistencia.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

3. Además, doy mi consentimiento para que la DIAA y sus escuelas miembros asociadas de pleno derecho utilicen el nombre, la imagen y la información relacionada con el deporte del estudiante mencionado en los informes de las prácticas interescolares, los partidos o las competiciones, la bibliografía promocional de la asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el deporte interescolar.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

4. Por medio de esta firma, doy mi consentimiento para que el/los médico(s) y otro(s) proveedor(es) de atención médica seleccionado(s) por mí o por las escuelas realice(n) un examen previo a la participación a mi hijo(a) y le proporcione(n) tratamiento por cualquier lesión que reciba mientras participa(n) o se entrena(n) para el atletismo de su escuela. Además, doy mi consentimiento para que dicho(s) médico(s) o proveedor(es) de atención médica comparta(n) la información apropiada sobre mi hijo que sea relevante para su participación, con los entrenadores, el personal médico, la Asociación Atlética Interescolar de Delaware y otro personal escolar, según se considere necesario. Dicha información puede ser utilizada para fines de vigilancia de lesiones.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

5. Mediante esta firma, me comprometo a notificar al médico y a la escuela cualquier cambio de salud durante el año escolar que pueda afectar la participación en el atletismo interescolar.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL *Formulario completado anualmente junto con el consentimiento y la tarjeta médica.

El deportista y los padres deben completar el formulario antes de la visita.

Nombre _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado: _____
 Sexo _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Enumere las afecciones médicas pasadas y actuales:	¿Se operó alguna vez? En caso afirmativo, indique todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:			
Enumere todas las recetas actuales, los medicamentos de venta libre y los suplementos (a base de hierbas y nutricionales):	Enumere todas sus alergias (medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican, etc.):			
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió así? (circule la respuesta)	Nunca	Algunos días	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
Me siento nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
No puedo parar o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siento poco interés o placer por hacer cosas	0	1	2	3
Me siento abatido, deprimido o desesperado	0	1	2	3
Salud mental: Una suma de >= 3 en las preguntas 1+2, o 3+4, se considera positiva				

* Tenga en cuenta las personas que ya respondieron las preguntas en comparación con las personas que responden por primera vez.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS DE SALUD DEL CORAZÓN SOBRE USTED:	Sí	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después de hacer ejercicio?		
5. ¿Ha sentido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta los latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Le ha dicho un médico que tiene algún problema cardíaco?		
8. ¿Le ha pedido alguna vez un médico que se realice un examen cardíaco? Por ejemplo, ¿electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma?		
9. ¿Se mareo o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?		
10. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluso ahogamiento o accidente de auto inexplicable)?		
12. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o se ha implantado un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
14. Desde la última vez que le autorizaron a hacer deporte, ¿ha tenido una nueva lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
15. ¿Le han diagnosticado COVID-19?		
16. ¿Tose, respira con dificultad durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o, en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?		
19. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o que aparece y desaparece, incluido herpes o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilina (SARM)?		

	Sí	No
20. ¿Ha tenido una concusión o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o un problema de memoria?		
21. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o la pierna o no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
22. ¿Se ha enfermado alguna vez al hacer ejercicio en el calor?		
23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Ha tenido o tiene problemas con sus ojos o su visión?		
25. ¿Se preocupa mucho por su peso?		
26. ¿Está intentando o le han recomendado subir o bajar de peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno alimentario?		
SOLAMENTE PARA LAS MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido alguna vez el período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____		
31. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____		
32. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Responda "SI" si ha ocurrido alguna vez. Explique aquí las respuestas afirmativas:

PROFESIONAL SANITARIO CUALIFICADO DE LA ESCUELA: (RN/AT)
 Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, o "3+" para las preguntas sobre salud mental, desde la última vez que el deportista fue autorizado a participar en actividades deportivas, se requiere una derivación y autorización del proveedor de atención primaria del deportista.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista: _____ Fecha: _____ Firma del Padre o Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DEL EXAMEN FÍSICO*

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere la posibilidad de hacer preguntas adicionales sobre temas más delicados

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Se siente alguna vez triste, desesperado, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
- ¿Ha probado alguna vez los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el tabaco en polvo?
- Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o tabaco en polvo?
- ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?
- ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que le ayude a subir o bajar de peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Lleva un timbre de seguridad, usa casco y utiliza preservativos?

2. Considere la posibilidad de revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (P4-P13 del Formulario de historial)

EXAMEN			
Estatura	Peso		
Presión arterial / (/)	Pulso	Visión R 20/	L 20/
		Corregido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Aspecto • Síndrome de Marfán (cifoescoliosis, paladar alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral MVP, insuficiencia aórtica)			
Ojos/orejas/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición			
Nódulos linfáticos			
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)			
Pulmones			
Abdomen			
Piel Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieren Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporal			
Neurológico			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro y brazo			
Codo y antebrazo			
Muñeca, mano y dedos			
Cadera y muslo			
Rodilla			
Pierna y tobillo			
Pie y dedos del pie			
Funcional • Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de caída o prueba de escalón.			

Considere la posibilidad de realizarse un ECG, un ecocardiograma, una ecocardiografía, la derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en la exploración, o una combinación de estos.

PROFESIONAL DE LA SALUD: ESTE FORMULARIO [4] DEBE UTILIZARSE JUNTO CON EL FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA [3] Y LA TARJETA MÉDICA [5]. ESTE FORMULARIO Y LA TARJETA MÉDICA DEBEN ESTAR FIRMADOS POR EL MÉDICO (MD)/MÉDICO EN MEDICINA OSTEÓPATA(DO)/ENFERMERAS PROFESIONALES (NP)/ASISTENTES MÉDICOS (PA)

Comentarios:

Nombre del profesional de la salud (MD/DO,NP,PA) en letra imprenta o a máquina: _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____ Fecha de autorización _____

Firme las páginas cuatro y cinco del paquete previo a la participación

c2019 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva. Se autoriza su reimpresión con fines educativos y no comerciales, siempre que se cite la fuente.

TARJETA MÉDICA DEL DEPORTISTA ESCOLAR *

(Padre o Madre/Tutor: Complete las Secciones 1, 2 y 3. Imprima).

Sección 1: Información personal/de contacto

Nombre: _____ Deporte(s): _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del tutor: _____

Dirección: _____

Tel.: (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____ (P) _____

Otra persona autorizada de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Preferencia de médico (y permiso para contactarlo en caso de ser necesario): _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____ Seguro: _____

Póliza N.º: _____ Grupo: _____ Teléfono: _____

Sección 2: Información médica

Afecciones médicas: _____

Último tétano (mes/año): _____ Alergias: _____ Aparatos ortopédicos/placas: _____

Medicamentos: _____

(Cualquier medicamento que deba tomarse durante la competición requiere una nota del médico).

Lesión previa en la cabeza/cuello/espalda: _____

Trastorno por calor, o rasgo de células falciformes: _____

Lesiones anteriores importantes: _____

Cualquier otra información médica importante: _____

Sección 3: Consentimiento para el acondicionamiento atlético, el entrenamiento y los procedimientos de atención médica

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa de acondicionamiento y entrenamiento atlético de la escuela, y para que reciba cualquier tratamiento de atención médica necesario, incluidos primeros auxilios, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, que puedan proporcionar los médicos tratantes, las enfermeras, los entrenadores atléticos u otros proveedores de atención médica empleados directamente o a través de un contrato por la escuela, o la escuela del equipo contrario. Los proveedores de atención médica tienen mi permiso para divulgar la información médica de mi hijo a otros profesionales de la salud y funcionarios de la escuela. En caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, doy permiso para que mi hijo sea llevado para recibir el tratamiento necesario. Entiendo que la Asociación Atlética Interescolar de Delaware o sus asociados pueden solicitar información sobre el estado de salud del deportista y por la presente doy mi permiso para la divulgación de esta información siempre y cuando la información no identifique personalmente a mi hijo.

Firma del Padre o Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del deportista: _____ **Fecha:** _____

Sección 4: Autorización para participar

____ No autorizado _____ Autorizado sin restricciones _____ Autorizado con las siguientes restricciones: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ MD/DO, PA, NP Fecha: _____

Si este formulario se está completando como parte del formulario complementario, entonces no se necesita la firma del médico hasta que se realice un nuevo examen físico.

Para uso exclusivo de la oficina de la escuela: Esta tarjeta es válida desde el 1 de abril de 20 _____ hasta el 30 de junio de 20 _____

Nota: Si se produce algún cambio, el padre o madre/tutor deberá completar una nueva tarjeta. La tarjeta original debe mantenerse en el archivo de las oficinas de la enfermera de la escuela, del director deportivo o del entrenador deportivo. Se debe guardar una copia en el kit deportivo. Esta tarjeta contiene información médica personal y la escuela, sus empleados, agentes y contratistas la deben tratar como confidencial.

Nombre de la escuela: _____ Nombre de la escuela QHP: _____



Documento de información sobre concusiones para padres y jugadores de la Asociación Atlética Interescolar de Delaware

Una concusión es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son provocadas por un golpe, un impacto o una sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo cuya fuerza se transmite a la cabeza. Pueden ir de leves a graves y pueden alterar el funcionamiento normal del cerebro. Aunque la mayoría de las concusiones son leves, **todas son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones que incluyen daños cerebrales prolongados y la muerte si no se reconocen y tratan de la forma adecuada.** En otras palabras, incluso un "golpe" o un chichón en la cabeza puede ser grave. Una concusión no se ve y la mayoría de las concusiones deportivas se producen sin pérdida de conciencia. Los signos y síntomas de una concusión pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden tardar horas o días en aparecer por completo. Si su hijo le informa de algún síntoma de concusión o si usted mismo nota los síntomas o signos de concusión, busque atención médica de inmediato.

Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes: Los signos observados por los compañeros de equipo, padres y entrenadores pueden incluir:

Dolores de cabeza	Presión en la cabeza	Náuseas o vómitos	Parece aturdido	Expresión facial vacía
Dolor de cuello	Problemas de equilibrio	Mareos	Confusión sobre la tarea	Se olvida las jugadas
Visión alterada	Sensibilidad a la luz/ruido	Lentitud	No está seguro del juego/puntuación, etc.	Torpeza
Se siente desorientado	Somnolencia	Cambios en el sueño	Responde lentamente	Cambios en la personalidad
Amnesia	"No se siente bien"	Baja energía	Convulsiones	Cambios en el comportamiento
Tristeza	Nerviosismo	Irritabilidad	Pérdida de conciencia	Falta de coordinación
Confusión	Repite las preguntas	Problemas de concentración	No recuerda acontecimientos previos o posteriores al golpe	

¿Qué puede ocurrir si mi hijo sigue jugando con una concusión o vuelve a hacerlo pronto?

Los deportistas con signos y síntomas de concusión deben ser retirados del juego de inmediato. Seguir jugando con los signos y síntomas de una concusión deja al joven deportista especialmente vulnerable a una lesión mayor. Existe un mayor riesgo de que se produzcan daños importantes por una concusión durante un periodo de tiempo después de que se produzca dicha conmoción, especialmente si el deportista sufre otra concusión antes de recuperarse completamente de la primera (síndrome del segundo impacto). Esto puede llevar a una recuperación prolongada, o incluso a una inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los atletas adolescentes o jóvenes a menudo no informan de los síntomas de las lesiones, y las conmociones cerebrales no son diferentes. Por ello, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es la clave para la seguridad de los estudiantes deportistas.

Si cree que su hijo ha sufrido una concusión

Cualquier deportista que se sospeche que ha sufrido una concusión debe ser retirado del juego o de la práctica de inmediato. Ningún deportista puede volver a la actividad después de una aparente lesión en la cabeza o concusión, independientemente de lo leve que parezca o de la rapidez con que desaparezcan los síntomas, sin autorización médica. La observación estrecha del deportista debe continuar durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que puede tener una concusión. Recuerde que es mejor perderse un partido que perder toda la temporada. Y en caso de duda, el deportista se sienta.

Para obtener información actualizada de los CDC sobre las concusiones puede ir a:

<http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html>

Para obtener una actualización de las políticas y procedimientos de la DIAA sobre las concusiones, puede dirigirse a

<https://www.doe.k12.de.us/Page/3298>

Para ver un video gratuito de formación en línea sobre las concusiones puede ir a:

<https://nfhslearn.com/courses?searchText=Concussion>

Todos los padres y jugadores deben firmar la parte del PPE indicando que han leído y entendido lo anterior.

Adaptado de la KHSAA, el CDC y la 3ª Conferencia Internacional sobre Concusión en el Deporte,



HOJA DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL PARO CARDÍACO REPENTINO

¿Qué es un paro cardíaco repentino?

- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) latan peligrosamente rápido (taquicardia o fibrilación ventricular) e interrumpe la capacidad de bombeo del corazón.
- Se produce de forma repentina y a menudo sin previo aviso.
- El corazón no puede bombear sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte se produce en cuestión de minutos si no se trata.

¿Qué provoca el paro cardíaco repentino?

- Condiciones presentes al nacer (anomalías cardíacas heredadas y no heredadas)
- Un golpe en el pecho (Comotio Cordis)
- Una infección/inflamación del corazón, generalmente causada por un virus. (Miocarditis)
- Uso de drogas recreativas/de mejora del rendimiento.
- Otras afecciones cardíacas y médicas/causas desconocidas. (Obesidad/Enfermedades idiopáticas)

¿Cuáles son los síntomas/signos de alerta de un paro cardíaco repentino?

- Desmayos/desvanecimientos (especialmente durante el ejercicio)
 - Mareos
 - Fatiga/debilidad inusual
 - Dolor en el pecho
 - Dificultad para respirar
 - Náuseas/vómitos
 - Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o se salta los latidos)
 - Antecedentes familiares de paro cardíaco repentino a los <50 años
- CUALQUIERA de estos síntomas/signos de advertencia puede requerir una evaluación adicional por parte de su médico antes de volver a la práctica o a un partido.**

¿Cuáles son las formas de detectar un paro cardíaco repentino?

- La Asociación Americana del Corazón recomienda una historia clínica y un examen físico previo a la participación que incluya 12 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de Evaluación física previa a la participación de la DIAA: historial médico incluye TODOS estos 12 elementos cardíacos importantes y es obligatorio presentarlo anualmente. Responda cuidadosamente a las preguntas sobre el historial cardíaco en la sección de historial médico del estudiante del PPE de la DIAA.**
- Todos los deportistas pueden someterse a una evaluación adicional mediante un electrocardiograma y/o un ecocardiograma, pero no es obligatorio.

¿Dónde se puede encontrar información adicional?

- Póngase en contacto con su médico de cabecera
- Asociación Americana del Corazón (www.heart.org)
- August Heart (www.augustheart.org)
- Championship Hearts Foundation (www.champhearts.org)
- Cody Stephens Foundation (www.codystephensfoundation.org/)
- Parent Heart Watch (www.parentheartwatch.com)
- NFHS Learn Center – Video de paro cardíaco repentino (www.nfhslern.com)

Todos los padres y jugadores deben firmar la parte del PPE indicando que han leído y entendido lo anterior.