

# Redlands Student Connections League (RSCL)



## Paquete para la Autorización Atlética

### Documentos Requeridos que se Deben Llenar/Firmar:

- Lista de verificación de deportes
- Formulario para la pre-participación física (por un médico)
- Formulario para la autorización para los deportes
- Formulario de reconocimiento de COVID
- Formulario de contusión
- Formulario de un paro cardiaco repentino
- Formulario de enfermedad por el calor
- Código de conducta para el estudiante
- Código de conducta para los padres/guardián



# Redlands Unified School District

## División de Servicios Educativos

### Departamento de Servicios Estudiantiles

P.O. Box 3008 • Redlands, California 92373-1508 • (909) 307-5300 • FAX (909) 792-3847

Estimados Estudiante Atleta y Padre de Familia:

¡Bienvenidos a la Liga de Conexiones Estudiantiles de Redlands!

¡Bienvenidos a *Redlands Student Connections League (RSCL) (Liga de Conexiones Estudiantiles de Redlands)*! RSCL incluye las cuatro secundarias de RUSD – Beattie, Clement, Cope y Moore. En el Distrito Escolar Unificado de Redlands los estudiantes atletas aprenden las siguientes lecciones valiosas para la formación de carácter mientras participan en los deportes: orgullo escolar, trabajo de equipo, una actitud positiva y buen deportivismo. El RSCL se esforzará para proporcionar todas las experiencias de conexiones positivas escolares a todos los estudiantes que sea posible.

Se requerirá que los estudiantes atletas cumplan con los estándares de los requisitos académicos para poder ser integrante del equipo. Las políticas del Comité Educativo de RUSD requiere que el estudiante cuente con un promedio mínimo de 2.0. El periodo anterior de calificaciones determinara si el estudiante califica para el deporte en cuestión. Los estudiantes atletas también serán responsables por su conducta y se les exigirá que cuenten con una buena asistencia. Todos los estudiantes atletas deberán llenar y entregar un paquete de liberación y de participación de la secundaria antes de ponerse a prueba para integrarse a algún equipo. Favor de consultar el sitio web de su escuela para bajar este paquete, o puede obtener una copia física en la oficina de su escuela.

A nivel de secundaria nos enfocaremos en unir a los estudiantes ofreciéndoles un programa educacional de conexión. El RSCL está dedicado a ayudar a los estudiantes atletas de nivel de secundaria a su desempeño académico, a mejorar sus características positivas, a luchar por obtener la excelencia y a aumentar su nivel general de confianza por medio de la competencia atlética.

Espero que disfruten de su tiempo en la escuela Beattie Middle School, Clement Middle School, Cope Middle School y/o Moore Middle School.

La mejor de la suerte,

Doug McCasey  
Coordinador de Atletas

#### NO DISCRIMINACION

El Distrito Escolar Unificado de Redlands prohíbe la discriminación, el acoso, la intimidación y el bullying basado en un incidente actual o percibido de ascendencia, edad, color, discapacidad, genero, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, de un parentesco potencial, familia y/o estado civil, orientación sexual, o asociación con alguna persona o con un grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Esta política de no discriminación aplica a todos los actos relacionados a las actividades escolares o a la asistencia escolar dentro de una escuela bajo la jurisdicción del superintendente del distrito escolar, y cubre la admisión, participación y accesibilidad a cualquier programa o actividad del distrito y a la selección, avance, liberación y otros términos, condiciones y privilegios del empleo. Las preguntas referentes a las políticas de la igualdad de oportunidades, a las políticas de la igualdad de acceso a los programas, y los procedimientos para presentar una queja de una supuesta discriminación incluyendo el acoso sexual, podrán ser dirigidas al director de su escuela o al coordinador del distrito de la discriminación/ equidad/Titulo IX.

Coordinador de No Discriminar/Equidad/Titulo IX  
Dr. Rudy Wilson, Assistant Superintendente of Cumplimiento  
Redlands Unified School District  
20 West Lugonia Avenue  
Redlands, California 92374  
(909)307-5300  
[mark\\_bline@redlands.k12.ca.us](mailto:mark_bline@redlands.k12.ca.us)



# Redlands Unified School District

División de Servicios Educativos  
Departamento de Servicios Estudiantiles

Redlands, California 92373-1508 (909) 307-5300 FAX (909) 792-3847

## Deportes RSCL 2025-26

Favor seleccione (marque con una X) de la siguiente lista el deporte o deportes que a su estudiante le gustaría jugar:

Voleibol: Primer Cuarto de Semestre \_\_\_\_\_

Softball: Segundo Cuarto de Semestre \_\_\_\_\_

Futbol: Tercer Cuarto de Semestre \_\_\_\_\_

Basquetbol: Último Cuarto de Semestre \_\_\_\_\_

**Nota:** El Run Club requiere la autorización para los deportes. Si su estudiante se interesa en participar en este club escolar, favor de firmar aquí y conteste el resto del paquete.

\_\_\_\_\_

Los estudiantes podrán cambiar su preferencia de deporte durante el ciclo escolar. Si esto ocurre, favor de informar al personal de la oficina previo a ponerse a prueba para integrarse a algún equipo para el siguiente deporte o temporada.

Si su estudiante no ha sido *autorizado* para participar, entonces él o ella no podrán ponerse a prueba (no habrá ninguna excepción debido a responsabilidades legales). Yo entiendo esta política y seguiré los procedimientos de autorización de la escuela y del distrito.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Grado para el ciclo escolar 2025-26 \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardian \_\_\_\_\_

This form should be placed into the athlete's medical file and should **not** be shared with schools or sports organizations.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

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

Date of examination: \_\_\_\_\_ Sport(s): \_\_\_\_\_

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): \_\_\_\_\_ How do you identify your gender? (F, M, or other): \_\_\_\_\_

List past and current medical conditions. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of  $\geq 3$  is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)			Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?				
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?				
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?				
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU			Yes	No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?				
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?				
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?				
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?				
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.				

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (CONTINUED)			Yes	No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?				
10. Have you ever had a seizure?				
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY			Yes	No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?				
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?				
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?				

BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?		
15. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?		
MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)?		
20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
21. Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?		
24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		

MEDICAL QUESTIONS (CONTINUED)	Yes	No
25. Do you worry about your weight?		
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?		
28. Have you ever had an eating disorder?		
FEMALES ONLY	Yes	No
29. Have you ever had a menstrual period?		
30. How old were you when you had your first menstrual period?		
31. When was your most recent menstrual period?		
32. How many periods have you had in the past 12 months?		

**Explain "Yes" answers here.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.**

Signature of athlete: \_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

This form should be placed into the athlete's medical file and should **not** be shared with schools or sports organizations.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

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

#### PHYSICIAN REMINDERS

- 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?
- 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 <sup>a</sup> <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 tinea corporis</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>		

<sup>a</sup> 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

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

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

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

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

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

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

Physician's Office  
(MD or DO)  
Stamp Required Here

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE REDLANDS**  
**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y ACUERDO PARA DESLINDAR RESPONSABILIDAD,**  
**LIBERAR, ASUMIR EL RIESGO, LIBERAR DE TODA RESPONSABILIDAD Y OBEDECER LAS**  
**REGLAS E INSTRUCCIONES**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Actividad Atlética o Deporte: \_\_\_\_\_

La participación en la actividad atlética o deporte mencionada arriba **ES VOLUNTARIA** y **NO ES REQUERIDO** como parte del programa escolar regular. Se otorga el consentimiento para que el estudiante \_\_\_\_\_ participe en la actividad atlética o deporte mencionada arriba.

Estoy consciente que el participar, jugar, practicar para jugar o la preparación para practicar o jugar en cualquier actividad atlética o deporte puede ser una actividad peligrosa que involucra **MUCHOS RIEGOS DE LASTIMARME**. Entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, practicar para jugar o la preparación para practicar o jugar en la actividad atlética o deporte mencionada arriba incluye pero no se limita a la muerte, a lesione series del cuello y de la espina dorsal, lo cual podría resultar en la parálisis parcial o completa, en danos cerebrales, lesiones serias a virtualmente todos los órganos internos, lesiones serias a virtualmente todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculo-esquelético, y lesiones serias o impedimento a otros aspectos del cuerpo de mi (o del estudiante), a su salud y a su bienestar en general. Entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, practicar para jugar o la preparación para practicar o jugar en cualquier actividad atlética o deporte mencionada arriba podría resultar no solo en una lesión seria, pero en un impedimento serio de las habilidades futuras del cuerpo de mi (o del estudiante) para poder ganarse la vida, para participar en otras actividades de negocios, sociales y recreacionales, y de disfrutar de la vida en general. En especial, reconozco que los deportes de beisbol, softball, futbol y lucha son deportes mas peligrosos que involucran un mayor riesgo de lesión que cualquier otro deporte.

En el caso de un accidente o de una enfermedad repentina, el Distrito Escolar Unificado de Redlands tiene autorización para rendir cualquier tratamiento médico de emergencia que fuera necesario para el estudiante nombrado arriba. En caso de una emergencia, yo asumo el costo del servicio de una ambulancia y entiendo que el distrito no paga los servicios de una ambulancia. Además, entiendo que me hare responsable por obtener una confirmación por escrito por parte del médico que indique que el estudiante puede regresar a practicar y competir con su equipo en cualquier momento el estudiante sea visto por tal personal. \_\_\_\_\_ (favor de escribir sus iniciales)

Debido a los peligros que pueden surgir al participar, jugar, practicar a jugar o cuando se prepare para practicar o jugar en la actividad atlética o deporte mencionado arriba, yo (o a nombre de mi estudiante) reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores en cuanto a las técnicas para jugar, de seguir las reglas de entrenamiento y de los juegos, y reglas de los otros equipos, y me comprometo a obedecer tales instrucciones y reglas. También se reconoce que la asistencia y el desempeño académico son esenciales para el éxito del estudiante. Este éxito proporciona la elegibilidad para la participación en la actividad atlética o deporte mencionado arriba. **PARA ASEGURAR ESTO, EL ESTUDIANTE DEBE ASISTIR A TODAS SUS CLASES EL DÍA DE LA COMPETENCIA O EL DÍA ANTERIOR A UN EVENTO QUE SE LLEVE A CABO EN SÁBADO.** Las citas en los días de juego deben seguir la política de asistencia como se estipula en el manual estudiantil. \_\_\_\_\_ (favor de escribir sus iniciales)

El transporte de ida y de regreso de la mayoría de las competencias atléticas será proporcionado por el Distrito Escolar Unificado de Redlands. Nunca se permitirá que los estudiantes transporten a otros estudiantes a alguna competencia atlética. Se espera que los estudiantes utilicen este transporte como representantes de su escuela. Cualquier otro acuerdo debido a una emergencia o por circunstancias de la familia debe ser acordado por escrito por el padre o guardián (que haya firmado este formulario) el día previo al viaje y debe ser autorizado por medio de la oficina escolar. \_\_\_\_\_ (favor de escribir sus iniciales)

Tomando en cuenta que el Distrito Escolar Unificado de Redlands está permitiendo que yo (o mi estudiante) me ponga a prueba para la actividad atlética o deporte mencionado arriba y para **PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL EQUIPO**, incluyendo pero no limitado a ponerme a prueba, prepararme para, transportarme de ida o de regreso, practicando para, jugando o de otra manera participar en la actividad atlética o deporte mencionado arriba, **YO (O A NOMBRE DE MI ESTUDIANTE) POR LA PRESENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA PARTICIPACIÓN Y ESTOY DE ACUERDO EN DESLINDAR RESPONSABILIDAD Y NO RESPONSABILIZAR AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE REDLANDS, A SUS EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES, ENTRENADORES Y TODOS LOS VOLUNTARIOS DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD, ACCIÓN, CAUSAS DE ACCIONES, DEUDAS, RECLAMOS O DEMANDAS DE CUALQUIER TIPO O NATURALEZA QUE PODRÍA SURGIR POR O EN CONEXIÓN CON MI (O EL DE MI ESTUDIANTE) PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA AL EQUIPO.**

Por lo tanto, estos términos servirán como una **RENUNCIA** y **RESPONSABILIDAD DE RIEGO** para mí, mis herederos, mis bienes, ejecutor, administrador, asignados, y para todos los integrantes de mi familia.

**EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO CUIDADOSAMENTE LA RENUNCIA ANTERIOR Y EL ACUERDO DE LA RESPONSABILIDAD DE RIESGO Y LO ENTIENDE COMPLETAMENTE.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiantes

\_\_\_\_\_  
Seguro Médico/ Seguro Estudiantil Contra Accidentes\*

\_\_\_\_\_  
Numero de Póliza

\*Si usted no cuenta con un seguro contra accidentes, el distrito le proporcionara un formulario para que usted obtenga este seguro, como lo obliga la ley. Estos formularios están disponibles en la oficina escolar. Se debe mantener este seguro en todo momento. Favor de notificar al director de atletis de cualquier cambio o cancelación de esta póliza



# Redlands Unified School District

Educational Services Division

Student Services Department

P.O. Box 3008 Redlands, California 92373-1508 (909) 307-5300 FAX(909)792-3847

## Reconocimiento de COVID Entre Estudiante Atleta y Padre

Yo entiendo que en este momento en donde existe la preocupación elevada por la enfermedad, es mi responsabilidad hacer lo que yo pueda para prevenir la transmisión de enfermedades a mis compañeros y entrenadores. Al firmar este documento, yo me comprometo a protegerme a mi mismo y a cada persona con quien yo conviva de una exposición potencial al:

### Apegarme a los Protocolos de Autoevaluación de RUSD:

Me autoevaluaré todos los días por posibles síntomas ANTES de asistir a cualquier practica atlética, juego o evento. Si estoy sintiendo uno o más de los siguientes síntomas, yo DEBO quedarme en casa y no asistir a las practicas, juegos o eventos hasta que este libre de síntomas y sin el uso de ningún medicamento por 72 horas. Me comprometo a NUNCA ocultar, tapar y/o minimizar cualquier síntoma percibido. Daré aviso a mi entrenador de mi falta por causa de síntomas y/o por enfermedad.

- Tos seca persistente
- Dificultad persistente para respirar
- Fiebre de 100.4 o más alto (acalorado, mejillas rojas, letárgico)
- Dolor general del cuerpo (cuerpo cortado)
- Ojos rojos persistentes (no a causa de alergias ni por causas ambientales)
- Cualquier otro síntoma parecido de gripa o del flu

### Limite sus Interacciones Afuera:

Limitare mis interacciones con las personas fuera de mi hogar manteniendo 6 pies de distancia el mayor tiempo posible, y así, limitare la exposición a mis compañeros de equipo y a los entrenadores.

### Lineamientos Atléticos en Fases de RUSD:

Yo me comprometo a apegarme ESTRICTAMENTE a los lineamientos atléticos en fases de RUSD. Entiendo que el no apegarme a los protocolos podrían poner en riesgo mi lugar en el equipo.

Nombre del Jugador (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Jugador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padres: Al firmar este documento usted se compromete a apoyar a su estudiante para cumplir con su compromiso de apegarse a la promesa de la prevención de enfermedad del Estudiante Atleta.

Nombre del Padre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Hoja de información de la CIF sobre la conmoción cerebral

### ¿Por qué recibí esta hoja de información?

Usted recibió esta hoja de información sobre las conmociones cerebrales debido a la existencia de la ley estatal AB 25 (con vigencia a partir del 1 de enero, 2012), en la actualidad, Código de Educación § 49475:

1. *La ley requiere que un/una atleta estudiantil que haya sostenido una conmoción cerebral durante una práctica o juego deberá ser retirado(a) de la actividad durante el resto del día.*
2. *Cualquier atleta estudiantil que sea retirado(a) por esta razón deberá recibir una nota escrita de un médico capacitado en el manejo de conmociones cerebrales antes de regresar a las prácticas.*
3. *Antes de que un/una atleta estudiantil pueda empezar la temporada y comenzar a practicar un deporte, una hoja de información sobre la conmoción cerebral deberá ser firmada y devuelta a la escuela por el/la atleta estudiantil y por el padre o tutor.*

[Cada 2 años, todos los entrenadores deberán recibir capacitación sobre las conmociones cerebrales (AB 1451), paro cardíaco repentino (AB 1639) y enfermedad por el calor (AB 2500) así como ostentar una certificación de capacitación en primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y en la utilización del desfibrilador externo automático (AED por sus siglas en inglés). (Este último es un dispositivo eléctrico salvavidas que puede ser utilizado durante CPR)].

### ¿Qué es una conmoción cerebral y cómo la reconocería?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral. Puede ser causada por un golpe en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo con una fuerza tal que sacuda la cabeza. Las conmociones cerebrales pueden suceder en cualquier deporte, y pueden manifestar un aspecto diferente en cada persona.

*La mayoría de las conmociones cerebrales mejoran con reposo, y más del 90% de los atletas se recuperan completamente.* Sin embargo, todas las conmociones cerebrales deben considerarse graves. Si no se reconocen y no se manejan de la manera correcta, se pueden producir problemas que incluyen daños cerebrales e incluso la muerte.

*La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin haber perdido el conocimiento.* Las señales y los síntomas de conmoción cerebral (consulte el reverso de esta página) pueden manifestarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar horas para que aparezcan. Si su niño/niña reporta cualquier síntoma de conmoción cerebral, o si usted observa algún síntoma o señal, solicite una evaluación médica del entrenador atlético de su equipo y de un médico capacitado en la evaluación y manejo de concusiones cerebrales. Si su niño/niña está vomitando, tiene un fuerte dolor de cabeza, o tiene dificultad para permanecer despierto(a) o no puede responder preguntas sencillas, llame al 911 o llévelo(a) inmediatamente a la sala de emergencias de su hospital local.

En el sitio web de la CIF se encuentra una **Lista de verificación por etapas de los síntomas por conmoción cerebral (Graded Concussion Symptom Checklist)**. Si su niño/niña llena esta hoja después de haber sufrido una conmoción cerebral, la misma ayudará al médico o entrenador atlético entender cómo él o ella se está sintiendo y esperamos que también pueda mostrar señales de mejora conforme avanza el tiempo. Le pedimos que su niño/niña llene la lista de verificación al comienzo de la temporada, incluso antes de que haya sufrido una conmoción cerebral para que podamos entender si algunos de los síntomas tales como el dolor de cabeza podrían ser parte de su vida cotidiana. Esto es lo que llamamos una "base de referencia" para que sepamos cuáles síntomas son normales y comunes para su niño/niña. Guarde una copia para sus registros, y entregue el original. Si se produce una conmoción cerebral, su niño o niña puede llenar esta lista de verificación de nuevo. Esta Lista de verificación por etapas de síntomas provee una lista de síntomas para comparar conforme avanza el tiempo para asegurarse que su niño o niña se está recuperando de la conmoción cerebral.

### ¿Qué puede suceder si mi niño/niña sigue jugando con síntomas de conmoción cerebral o vuelve demasiado pronto después de una conmoción cerebral?

*Los/las atletas con señales y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados(as) del juego de forma inmediata. NO existe la posibilidad de volver a jugar el mismo día para un(a) joven bajo sospecha de padecer una conmoción cerebral.* Los jóvenes atletas pueden tardar más tiempo en recuperarse de una conmoción cerebral y son más propensos a tener graves problemas a largo plazo debido a una conmoción cerebral.

Aunque una escanografía cerebral tradicional (por ejemplo, una imagen de resonancia magnética [MRI o CT]) puede ser "normal", el cerebro aún está lesionado. Estudios realizados en los animales y en los humanos indican que un segundo golpe antes de que el cerebro se haya recuperado puede resultar en daños graves en el cerebro. Si su atleta sufre otra conmoción cerebral antes de estar completamente recuperado(a) de la primera, esto puede resultar en una recuperación prolongada (de semanas a meses) o incluso en una inflamación grave (Síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras.

Hay una creciente preocupación por el hecho de que la exposición a impactos en la cabeza y conmociones cerebrales recurrentes pueden contribuir a tener problemas neurológicos a largo plazo. Una de las metas de este programa de conmoción cerebral es evitar que el niño/la niña vuelva demasiado pronto a jugar para que graves daños cerebrales se puedan prevenir.

**Las señales observadas por los compañeros de equipo, los padres y los entrenadores son:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Parece estar mareado(a)</li><li>• Parece estar aturdido(a)</li><li>• Confundido(a) acerca de los juegos</li><li>• Se olvida de los juegos</li><li>• No está seguro(a) del juego, la puntuación, ni de quiénes son sus adversarios</li><li>• Se mueve con torpeza o con dificultad</li><li>• Responde a las preguntas con lentitud</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Balbucea</li><li>• Muestra cambios de personalidad o en su forma de actuar</li><li>• No puede recordar lo ocurrido antes o después de la lesión</li><li>• Tiene convulsiones o "sufre una crisis"</li><li>• Cualquier cambio en su conducta o personalidad típica</li><li>• Se desmaya</li></ul> |
|---|--|

**Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Dolores de cabeza</li><li>• "Presión en la cabeza"</li><li>• Náuseas o vómitos</li><li>• Dolor en el cuello</li><li>• Dificultad para pararse o caminar</li><li>• Visión borrosa, doble o difusa</li><li>• Sensibilidad a la luz o al ruido</li><li>• Se siente cansado(a) o hace las cosas más lentamente</li><li>• Parece aturdido(a) o desorientado(a)</li><li>• Somnolencia</li><li>• Cambio de patrones de sueño</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de la memoria</li><li>• "No se siente bien"</li><li>• Se siente cansado(a) o con poca energía</li><li>• Está triste</li><li>• Está nervioso(a) o con los nervios de punta</li><li>• Se siente irritable</li><li>• Está más sensible</li><li>• Confundido(a)</li><li>• Problemas de concentración o de memoria</li><li>• Repite la misma pregunta/comentario</li></ul> |
|---|---|

**¿Qué es Volver a Aprender?**

Después de una conmoción cerebral, los estudiantes pueden tener dificultades con la memoria, la concentración y la organización al corto y a largo plazo. Será necesario el descanso mientras se recupera de una lesión (por ejemplo, limitar enviar textos, juegos de vídeo, ver películas de alto volumen, o leer), y quizás tengan que quedarse en casa y no ir a la escuela por unos cuantos días. A su regreso a la escuela, es posible que el horario deba comenzar con unas pocas clases o medio día. Si la recuperación de una conmoción cerebral está llevando más tiempo del esperado, ellos también pueden beneficiarse de un horario de clases reducidas y/o tareas limitadas; una evaluación escolar formal también podría ser necesaria. Su escuela o médico puede ayudar a sugerir y hacer estos cambios. Los estudiantes deben completar las directrices de Volver a Aprender (Return to Learn) y volver exitosamente a la escuela y a las actividades académicas normales a tiempo completo antes de comenzar a participar en Volver a Jugar (Return to Play) (a menos que su médico recomiende otra cosa). Visite la página web de la CIF ([cifstate.org](http://cifstate.org)) para obtener más información sobre Volver a Aprender (Return to Learn).

**¿Cómo se determina Volver a Jugar (Return to Play [RTP])?**

Los síntomas de conmoción cerebral deben haber desaparecido por completo antes de **volver a competir**. Una progresión RTP, o Volver a Jugar, es una progresión gradual de aumento del esfuerzo físico, actividades específicas del deporte y, finalmente a las actividades sin restricciones. Si los síntomas ocurren con la actividad, la progresión debe ser detenida. Si no hay síntomas el día siguiente, el ejercicio se puede reiniciar en la etapa anterior.

RTP después de la conmoción cerebral debe ocurrir sólo con autorización médica de un médico capacitado en la evaluación y la gestión de casos de conmoción cerebral, y un plan de progresión por etapas supervisado por un entrenador atlético, coach, u otro administrador escolar identificado. Por favor consulte [cifstate.org](http://cifstate.org) para un plan gradual de volver a jugar. [AB 2127, una ley del estado de California con vigencia a partir del 1/1/15, reza que volver a jugar (es decir, a competir plenamente) **no debe ocurrir antes de 7 días después de que la conmoción cerebral haya sido diagnosticada por un médico.**]

**Reflexiones finales para los padres y los tutores:**

*Es bien sabido que los estudiantes a menudo no hablan acerca de las señales de la conmoción cerebral, la cual es la razón por la que es importante que esta hoja de información sea revisada con ellos.* Enséñele a su niño/niña que le diga al personal entrenador si él o ella siente tales síntomas, o si él o ella sospecha que un compañero de equipo ha sufrido una conmoción cerebral. Usted también debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores atléticos acerca de las señales y síntomas de la conmoción cerebral que pueda ver en su niño/niña.

**Referencias:**

- American Medical Society for Sports Medicine position statement: concussion in sport (2013)
- Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Berlin, October 2016 <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/PediatricmTBIGuideline.html>
- <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html>



## Información sobre conmociones cerebrales de la CIF

Escuela: \_\_\_\_\_

Usted está recibiendo esta hoja informativa sobre las conmociones cerebrales debido a la ley estatal de California AB 25 (en vigor el 1 de enero de 2012), ahora Código de Educación § 49475:

- 1. La ley exige que un estudiante-atleta que pueda tener una conmoción cerebral durante un entrenamiento o un partido sea retirado de la actividad durante el resto del día.**
- 2. Cualquier estudiante-atleta retirado por esta razón debe recibir una nota escrita de un médico capacitado en el manejo de la conmoción cerebral antes de regresar a la práctica.**
- 3. Antes de que un estudiante-atleta pueda comenzar la temporada y empezar a practicar un deporte, el estudiante-atleta y sus padres o tutores deberán firmar y devolver a la escuela una hoja de información sobre la conmoción cerebral.**

Cada dos años, todos los entrenadores deben recibir entrenamiento sobre conmociones cerebrales (AB 1451), así como una certificación en entrenamiento de primeros auxilios, CPR y AEDs (dispositivos eléctricos que salvan vidas y que pueden utilizarse durante la CPR).

Para obtener información actual y actualizada sobre las conmociones cerebrales, puede visitar :

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

Reconozco que he recibido y leído la hoja de información sobre conmociones cerebrales de la CIF.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante-atleta

*Letra en molde*

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante-atleta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre or tutor

*Letra en molde*

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Hoja informativa para padres de estudiantes atletas



**Esta información ayuda a proteger a sus estudiantes atletas del Paro Cardíaco Repentino**

## ¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los atletas?

Si bien un estudiante atleta puede no mostrar señales de advertencia de una afección cardíaca, los estudios muestran que generalmente los síntomas están presentes, pero no se reconocen, no se reportan, se pasan por alto o se diagnostican mal.

- Los síntomas pueden malinterpretarse como típicos en los jóvenes atletas
- El desmayo con frecuencia se atribuye por error al estrés, calor, falta de alimentos o agua
- Los estudiantes atletas que tienen síntomas, regularmente no los reconocen como raros, es normal para ellos
- Los estudiantes atletas (o sus padres) no quieren jugar menos tiempo
- Los estudiantes atletas piensan por error que les falta condición y solo necesitan entrenar más duro
- Los estudiantes atletas no hablan de sus síntomas con adultos porque les da pena no seguir el ritmo de sus compañeros
- Los adultos suponen que los estudiantes atletas están bien y simplemente "marcan la casilla" en los formularios de salud sin preguntarles
- El personal médico y los padres por igual con frecuencia pasan por alto las señales de advertencia
- Los estudiantes atletas ignoran los síntomas pensando que desaparecerán
- Las familias no saben o no reportan a su médico el historial de salud cardíaca o las señales de advertencia
- Los exámenes para niños sanos y los exámenes físicos deportivos no buscan las afecciones que pueden poner en riesgo a los estudiantes atletas
- Los estetoscopios no son una prueba diagnóstica completa para afecciones cardíacas

### Proteja el corazón de su estudiante atleta

Infórmese sobre el Paro Cardíaco Repentino, hable con su estudiante atleta sobre las señales de advertencia y cree una cultura de prevención en la organización deportiva a la que pertenecen.

- Conozca las señales de advertencia
- Documente el historial de salud cardíaca de su familia, ya que algunas afecciones son hereditarias
- Si se presentan síntomas o factores de riesgo, pida a su médico pruebas cardíacas o genéticas
- No solo "marque la casilla" en los formularios de historial de salud, pregúntele a su estudiante atleta cómo se siente
- Hágase una evaluación de riesgo cardíaco junto con su estudiante atleta cada temporada
- Aliente a sus estudiantes atletas a hablar si tienen alguno de los síntomas
- Consulte con el entrenador para ver si ha notado alguna señal de advertencia
- Los estudiantes atletas activos deberían estar mejorando, no empeorando
- Como padre en las gradas, conozca la cadena cardíaca de supervivencia
- Asegúrese de que la escuela y organizaciones deportivas cumplen con la ley estatal y tienen administradores, entrenadores y oficiales capacitados para responder a una emergencia cardíaca
- Aporte a la compra colectiva de un desfibrilador para el sitio

### ¿Qué sucede si mi estudiante atleta tiene señales de advertencia o factores de riesgo?

- La ley estatal requiere que los estudiantes atletas que se desmayan o presentan otros síntomas relacionados con el corazón sean reautorizados para jugar por un proveedor médico con licencia (*licensed healthcare provider*).
- Pídale a su proveedor médico que ordene pruebas diagnósticas o genéticas para descartar una posible afección cardíaca.

**Los electrocardiogramas (ECG o EKG) registran la actividad eléctrica del corazón. Se ha demostrado que los ECG detectan la mayoría de las afecciones cardíacas más efectivamente que el historial físico y clínico solos. Los ecocardiogramas (ECHO) capturan una imagen en vivo del corazón.**

- Un proveedor de atención médica con experiencia en la evaluación de afecciones cardiovasculares (del corazón) debe consultar a su estudiante atleta.
- Siga las instrucciones de su proveedor para conocer las limitaciones de actividad recomendadas hasta que se completen las pruebas de evaluación.

### ¿Qué pasa si diagnostican a mi estudiante con una afección cardíaca que lo pone en riesgo?

Hay muchos pasos que se pueden tomar para prevenir un PCR, como modificar la actividad, dar medicamentos, hacer tratamientos quirúrgicos o implantar un marcapasos y / o desfibrilador cardioversor implantable. Su médico debe hablarle de las opciones de tratamiento y modificaciones a la actividad recomendadas durante el tratamiento. En muchos casos, la anomalía puede corregirse y el joven puede volver a sus actividades normales.

**¿Qué es el Paro Cardíaco Repentino (PCR)?** El Paro Cardíaco Repentino (PCR) es una emergencia potencialmente mortal que ocurre cuando el corazón deja de latir de repente. Afecta a personas de todas las edades que pueden aparentar estar sanas, incluso a niños y adolescentes. Cuando ocurre un PCR, la persona se desploma y no responde o no respira normalmente. Pueden jadear o temblar como si tuvieran una convulsión, pero su corazón se ha detenido. Si la persona no recibe ayuda de inmediato el PCR lleva a la muerte en minutos. Su supervivencia depende de que las personas cercanas llamen al 911, comiencen la resucitación (CPR) y utilicen un desfibrilador externo automático (AED) lo antes posible.

### ¿Qué causa un PCR?

Un PCR ocurre debido a un mal funcionamiento en el sistema o estructura eléctrica del corazón. El mal funcionamiento lo causa una anomalía de nacimiento o de herencia, o una condición que se desarrolla a medida que crecen los corazones de los jóvenes. Un virus en el corazón o un golpe fuerte en el pecho también pueden causar un mal funcionamiento que puede provocar un PCR.

### ¿Qué tan común es el PCR?

Aunque es una de las principales causas de muerte en los EE. UU., la mayoría se sorprende al saber que el PCR también es el asesino número 1 de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los planteles escolares. Los estudios muestran que 1 de cada 300 jóvenes tiene una afección cardíaca no detectada que los pone en riesgo.

## Factores que aumentan el riesgo de un PCR

- ✓ Antecedentes familiares de anomalías cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años.
- ✓ Antecedentes familiares específicos de síndrome del QT largo, síndrome de Brugada, miocardiopatía hipertrófica o displasia ventricular derecha arritmogénica (AEVD)
- ✓ Familiares con desmayos, convulsiones, que se hayan ahogado o casi ahogado o hayan tenido accidentes de auto, todo sin explicación
- ✓ Miembros de la familia con anomalía cardíaca estructural conocida, reparada o no reparada
- ✓ Uso de drogas como cocaína, inhalantes, drogas "recreativas," bebidas energéticas en exceso, píldoras de dieta o suplementos para mejorar el rendimiento

## Cadena cardíaca de supervivencia

¡Su vida depende de entrar en acción rápido!  
La resucitación (CPR) puede triplicar las posibilidades de sobrevivir.  
Comience de inmediato y use el desfibrilador (AED) del sitio.



**CALL**



**PUSH**



**SHOCK**

# DESMAYOS EL SÍNTOMA #1 DE UNA AFECCIÓN CARDIACA

## RECONOZCA LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Pregunte al entrenador y consulte con su médico si su estudiante atleta presenta estas condiciones.

### Indicadores potenciales de que podría ocurrir un PCR

- ▶ Desmayos o convulsiones, especialmente durante o justo después de hacer ejercicio
- ▶ Desmayos repetidamente o con emoción o sobresalto
- ▶ Falta de aliento excesiva durante el ejercicio
- ▶ Corazón acelerado o agitado
- ▶ Palpitaciones o aleteo en el corazón o latidos irregulares
- ▶ Frecuente mareo o aturdimiento
- ▶ Dolor o malestar en el pecho al hacer ejercicio
- ▶ Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio

# Hoja informativa para padres de estudiantes atletas



**Esta información ayuda a proteger a sus estudiantes atletas del Paro Cardíaco Repentino**

Para obtener más información, vaya a [KeepTheirHeartInTheGame.org](http://KeepTheirHeartInTheGame.org)

**Obtenga herramientas gratuitas para ayudar a crear una cultura de prevención en el hogar, en la escuela,  
en la cancha y en el consultorio del médico.**

**Hable con su estudiante atleta de las señales de advertencia de una posible afección cardíaca y pida que firme a continuación.**

Separe esta sección y devuélvala a su organización deportiva.

Guarde la hoja informativa para usar en los juegos y prácticas de sus estudiantes atletas para ayudar a protegerlos de un Paro Cardíaco Repentino.

-----

Aprendí sobre las señales de advertencia y hablé con mi padre/madre/tutor o entrenador sobre qué hacer si tengo algún síntoma.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE ESCRITO DEL ESTUDIANTE ATLETA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE ATLETA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Leí esta hoja informativa sobre la prevención de un Paro Cardíaco Repentino con mi estudiante atleta y platicamos sobre qué hacer si nota alguna señal de advertencia, y sobre qué hacer si presenciamos un paro cardíaco.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE ESCRITO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Si bien perder un juego puede ser inconveniente, sería una tragedia perder a un estudiante atleta porque las señales de advertencia no fueron reconocidas o porque las comunidades deportivas no estaban preparadas para responder ante una emergencia cardíaca.**

## ¡Mantenga su corazón en el juego!





# Redlands Unified School District

División de Servicios Educativos  
Departamento de Servicios Estudiantiles

P.O. Box 3008 Redlands, California 92373-1508 (909) 307-5300 FAX (909) 792-3847

## ESTUDIANTE DE RSCL - CÓDIGO DE CONDUCTA DEL ATLETA

La competencia atlética interescolar debe demostrar altos estándares de ética, una deportividad y debe fomentar el desarrollo de un buen carácter y otras habilidades importantes de la vida. El potencial más alto para los deportes se logra cuando los participantes se comprometen a “Buscar la victoria con honor”, de acuerdo a los seis principios básicos de integridad, respeto, responsabilidad, ser justo, considerado y que sea un buen ciudadano (los “Seis pilares del carácter”. Este código aplica para todos los estudiantes atletas que participan en los deportes interescolares en el estado de California. Entiendo que para poder participar en los deportes, debo actuar de acuerdo a lo siguiente:

### Seis Pilares del Carácter

**INTEGRIDAD** – Tener integridad en todo lo que yo haga.

**RESPECTO** – Tratar a todas las personas con respeto todo el tiempo y requerir lo mismo de los estudiantes atletas.

**RESPONSABILIDAD** – Primero ser estudiante y comprometerme a obtener la mejor educación posible.

**SER JUSTO** – Cumplir con los estándares altos de jugar de una manera justa, tener una mente abierta; siempre estar dispuesto a escuchar y a aprender.

**CONSIDERADO** – Demostrar consideración por los demás; nunca tratar de intencionalmente lastimar a algún jugador ni participar en una conducta riesgosa que pueda causar lesión a mi mismo o a alguien más.

**BUEN CIUDADANO** – Jugar siguiendo las reglas, mantener un buen conocimiento y seguir todas las reglas aplicables al juego y a la competencia.

**He leído y entiendo los requisitos de este Código de Conducta. Entiendo que se espera que yo me desempeñe de acuerdo a este código durante las clases y durante las actividades atléticas, y que podría tener consecuencias si no hago esto. Estas consecuencias podrían incluir la suspensión del juego(s), ser retirado del equipo u otras acciones disciplinarias que por parte de la administración escolar.**

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardian \_\_\_\_\_



## Hoja de información para padres/estudiantes CIF sobre enfermedades causadas por el calor



### **¿POR QUÉ ESTOY RECIBIENDO ESTA HOJA DE INFORMACIÓN?**

Usted está recibiendo esta hoja de información sobre enfermedades causadas por el calor debido a la ley estatal de California AB 2800 (vigente a partir del 1 de enero de 2019), ahora Código de Educación § 35179 y los Estatutos CIF 22.B. (9) y 503.K (Aprobado por el Consejo Federado el 31 de enero de 2019). 2019):

- 1. Las reglas de CIF requieren que un estudiante atleta, que haya sido retirado de la práctica o el juego después de mostrar signos y síntomas asociados con la enfermedad por calor, debe recibir una nota escrita de un proveedor de atención médica con licencia antes de regresar a la práctica.*
- 2. Antes de que un atleta pueda comenzar la temporada y comenzar a practicar un deporte, el atleta y el padre o tutor deben firmar una hoja de información sobre enfermedades causadas por el calor y devolverla a la escuela.*

Cada 2 años, todos los entrenadores deben recibir capacitaciones por separado sobre conmociones cerebrales (AB 1451), paro cardíaco repentino (AB 1639) y enfermedades por calor (AB 2800), así como certificación en capacitación en primeros auxilios, RCP y DEA (dispositivos eléctricos para salvar vidas). dispositivos que se pueden utilizar durante la RCP).

### **¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD POR CALOR Y CÓMO LA RECONOCERÍA?**

El ejercicio intenso y prolongado, el clima cálido y húmedo y la deshidratación pueden comprometer seriamente el rendimiento del atleta y aumentar el riesgo de lesiones por calor por esfuerzo. El ejercicio produce calor dentro del cuerpo y cuando se realiza en un día caluroso o húmedo con barreras adicionales para la pérdida de calor, como acolchado y equipo, la temperatura corporal central del atleta puede volverse peligrosamente alta. Si no se trata, esta elevación de la temperatura corporal central puede hacer que los sistemas de órganos del cuerpo se apaguen.

Los atletas jóvenes deben ser evaluados previamente en su evaluación física previa a la participación para detectar factores de riesgo de enfermedad por calor, incluido el uso de medicamentos/suplementos, enfermedad cardíaca, historial de rasgo de células falciformes, enfermedad febril o gastrointestinal, obesidad y lesiones previas por calor. Los atletas con factores de riesgo no modificables deben ser supervisados de cerca durante las actividades extenuantes en un clima cálido o húmedo.

La sudoración es una de las formas en que el cuerpo intenta reducir una temperatura central elevada. Una vez que el sudor (sal y agua) sale del cuerpo, debe reemplazarse. El agua es el mejor sustituto de la hidratación, pero para aquellos atletas que se ejercitan durante períodos prolongados en los que se pueden perder electrolitos, se encuentran disponibles bebidas deportivas comerciales con electrolitos. Las bebidas energéticas que contienen cafeína u otros estimulantes "naturales" no son una hidratación adecuada o apropiada para los atletas e incluso pueden ser peligrosas al causar ritmos cardíacos anormales.

**PREVENCIÓN** Hay varias formas de tratar de prevenir las enfermedades causadas por el calor:

#### **HIDRATACIÓN ADECUADA**

Llegue bien hidratado a las prácticas, juegos y entre sesiones de ejercicio. La orina aparece clara o de color amarillo claro (como limonada) en individuos bien hidratados y oscura (como jugo de manzana) en individuos deshidratados. Las bebidas deportivas/agua deben estar disponibles y servidas refrigeradas en recipientes que permitan la ingestión de volúmenes adecuados de líquido. Los descansos para tomar agua deben ocurrir al menos cada 15-20 minutos y deben ser lo suficientemente largos para permitir que los atletas ingieran volúmenes adecuados de líquido (4-8 onzas).

#### **ACCLIMATIZACIÓN GRADUAL**

La intensidad y la duración del ejercicio deben aumentarse gradualmente durante un período de 7 a 14 días para que los atletas tengan tiempo de desarrollar sus niveles de condición física y acostumbrarse a practicar en el



## Hoja de información para padres/estudiantes CIF sobre enfermedades causadas por el calor



calor. El equipo de protección debe introducirse por fases (comenzar con el casco, progresar al casco y hombreras, y finalmente completamente equipado).

### **MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADICIONALES**

Use ropa sintética liviana de colores claros, cuando sea posible, para ayudar a la pérdida de calor. Deje suficientes recesos para descansar a la sombra, si están disponibles. Evite las bebidas que contengan estimulantes como efedrina o altas dosis de cafeína. Esté preparado para alterar la práctica o los planes de juego en condiciones ambientales extremas. Consuma una dieta bien balanceada que ayude a reponer los electrolitos perdidos.

Un curso en línea **GRATUITO** "Prevención de enfermedades causadas por el calor" está disponible a través de CIF y NFHS en <https://nfhslearn.com/courses/61140/heat-illness-prevention>.

### **AGOTAMIENTO POR CALOR**

Incapacidad para continuar con el ejercicio debido a síntomas inducidos por el calor. Ocurre con una temperatura corporal central elevada entre 97 y 104 grados Fahrenheit.

- Mareos, aturdimiento, debilidad
- Dolor de cabeza
- Náusea
- Diarrea, ganas de defecar
- Palidez, escalofríos
- Sudoración profusa
- Piel fría y húmeda
- Hiperventilación
- Disminución de la producción de orina

### **TRATAMIENTO DEL AGOTAMIENTO POR CALOR**

Detenga el ejercicio, mueva el jugador a un lugar fresco, quítese el exceso de ropa, administre líquidos si está consciente, CUERPO FRÍO: ventiladores, agua fría, toallas heladas, baño de hielo o bolsas de hielo. La reposición de líquidos debe realizarse lo antes posible. El Sistema de Emergencias Médicas (EMS) debe activarse si la recuperación no es rápida. En caso de duda, LLAME AL 911. Los atletas con agotamiento por calor deben ser evaluados por un médico lo antes posible en todos los casos.

---

### **GOLPE DE CALOR**

Disfunción o parada de los sistemas corporales debido a la temperatura corporal elevada que no se puede controlar. Esto ocurre con una temperatura corporal central superior a 107 grados Fahrenheit. Los signos observados por compañeros de equipo, padres y entrenadores incluyen:

- Mareos
- Somnolencia, pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Desorientación, asombro
- Cambios conductuales/cognitivos (confusión, irritabilidad, agresividad, histeria, inestabilidad emocional)
- Debilidad
- Piel caliente y húmeda o seca
- Latidos cardíacos rápidos, presión arterial baja
- Hiperventilación
- Vómitos, diarrea

### **TRATAMIENTO DEL GOLPE DE CALOR**

**Esto es una emergencia médica. Puede producirse la muerte si no se trata de forma adecuada y rápida.**

Detenga el ejercicio, llame al 911, retire del calor, quítese la ropa, sumerja al atleta en agua fría para un

enfriamiento rápido y agresivo (si no es posible la inmersión, enfríe al atleta como se describe para el agotamiento por calor), monitoree los signos vitales hasta que lleguen los paramédicos.

---

### **REFLEXIONES FINALES PARA PADRES Y TUTORES**

El estrés por calor debe tenerse en cuenta al planificar y prepararse para cualquier actividad deportiva. Los deportes de verano y otoño se realizan en climas muy cálidos y húmedos en todas las regiones de California. Si bien la enfermedad por calor por esfuerzo puede afectar a cualquier atleta, la incidencia es consistentemente más alta entre los atletas de fútbol debido al equipo de protección adicional que dificulta la disipación del calor. Varias muertes por insolación continúan ocurriendo en los deportes de la escuela secundaria cada temporada en los Estados Unidos. Las muertes por insolación se pueden prevenir si se toman las precauciones adecuadas. También debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores o preparadores físicos sobre las medidas preventivas y los posibles signos y síntomas de la enfermedad por calor que puede ver en su hijo.

Reconozco que he recibido y leído la Hoja de información CIF sobre enfermedades causadas por el calor.

---

Nombre del estudiante-deportista  
*Impreso*

---

Estudiante-deportista  
*Firma*

---

Fecha

---

Nombre del padre o tutor legal  
*Impreso*

---

Firma del padre o tutor legal  
*Firma*

---

Fecha



# Redlands Unified School District

División de Servicios Educativos  
Departamento de Servicios Estudiantiles

P.O. Box 3008 Redlands, California 92373-1508 (909) 307-5300 FAX (909) 792-3847

## Código de Conducta de los Padres

El apoyo de los padres para nuestro equipo atlético es vital y es muy apreciado. Para poder proporcionar un clima positivo para que los entrenadores y jugadores hagan su mejor esfuerzo, para eliminar las distracciones que podrían afectar a nuestro programa de manera negativa, para modelar una buena deportividad, y para cumplir con las reglas de CIF, estamos pidiendo su apoyo con el siguiente Código de Conducta de los Padres.

Es muy recomendado su apoyo activo y positivo para su estudiante y esperamos con gusto que usted asista a los juegos y a otras actividades patrocinadas. Sin embargo, el concepto de la deportividad debe ser enseñado, modelado y reforzado por los adultos. Los padres o guardián de los atletas deben mantener el control y demostrar una perspectiva correcta en cuanto a si ganan o pierden. Es importante recordar que la competencia atlética es **SOLO UN JUEGO – NO UN ASUNTO DE VIDA O MUERTE**. Es por esto que les pedimos a todos los padres o guardián, y espectadores que asistan a los juegos que cumplan con lo siguiente:

- Favor de demostrar respeto por los demás al detenerse de abuchear o gritar comentarios despectivos o hacer comentarios desde las tribunas hacia nuestros oponentes, entrenadores u oficiales. Los insultos o el lenguaje abusivo o grosero no serán tolerados. Las violaciones podrían resultar en sanciones en contra del equipo y además la expulsión de la persona involucrada.
- Los padres no confrontaran ni trataran de hablar con los entrenadores u oficiales durante ni inmediatamente después de un partido, excepto en el caso de una lesión o de un tratamiento medico de emergencia de su estudiante.
- Las conversaciones con el entrenador para hablar de o para criticar su preparación para el partido, para hablar acerca de su estrategia de juego, o del estatus de otros jugadores **no se llevarán a cabo**. Cualquier conversación para habar acerca del estatus de su estudiante deberá ser agendado por adelantado con el entrenador
- No se permitirán otras formas de conductas que interrumpan el juego o la diversión de otros. Esto incluye, pero no se limita a, acerca a la banca mientras se esté llevando a cabo el juego, ni tratar de dirigir a su estudiante o dirigir a otros jugadores durante los partidos o durante las practicas.
- Apoye los esfuerzos de su estudiante y los esfuerzos de sus compañeros de equipo – aliente en vez de hacer comentarios negativos acerca del resultado del partido.
- Si el estudiante llega a tener un cambio de domicilio, el padre o guardián dará aviso de inmediato a la oficina de consejeros o a la oficina atlética.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Fecha