



INFORMACIÓN DE SEGURO Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante (legal) _____, _____, _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

F.D.N. ____/____/____ Nivel de grado 2025-2026: _____

Dirección: _____, GA _____
CALLE CIUDAD CP

Tel. de casa del estudiante: _____ Teléfono celular del estudiante: _____

El niño vive con: ____ Padre ____ Madre ____ Ambos ____ Otro: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa (____) ____ - ____

Empleador del padre/tutor: _____ Tel. celular del padre/tutor (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ ext ____

Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono de casa (____) ____ - ____

Empleador de la madre: _____

Tel. celular de madre/tutor (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ ext ____

Dirección de correo electrónico de contacto del padre/tutor: _____

Contacto de emergencia y parentesco (debe tener 21 años o más): _____

Teléfono de casa de contacto: (____) ____ - ____ Teléfono celular de contacto: (____) ____ - ____

Médico de cabecera: _____ Teléfono del consultorio (____) ____ - ____ ext ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Teléfono de la compañía de seguros (____) ____ - ____ ext ____

****POR FAVOR, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE AL CUIDAR A MI HIJO****

Condiciones médicas: _____

Alergias: _____

Medicamentos y afecciones: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN AUSENCIA DE LOS PADRES

*Autorizo a los representantes del Sistema Escolar Público del Condado de Savannah Chatham a autorizar el tratamiento médico de mi hijo/a durante mi ausencia. Esto puede incluir, entre otros, la activación de los servicios de emergencia, los procedimientos de la sala de emergencias y la evaluación y el tratamiento de lesiones o enfermedades por parte de entrenadores deportivos certificados en competiciones fuera de la escuela.

Nombre del padre: _____ Firma del padre: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN DE SEGURO Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante (legal) _____, _____, _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

F.D.N. ____/____/____ Nivel de grado 2025-2026: _____

Dirección: _____, GA _____
CALLE CIUDAD CP

Tel. de casa del estudiante: _____ Teléfono celular del estudiante: _____

El niño vive con: ____ Padre ____ Madre ____ Ambos ____ Otro: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa (____) ____ - ____

Empleador del padre/tutor: _____ Tel. _____

celular del padre/tutor (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ ext ____

Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono de casa (____) ____ - ____

Empleador de la madre: _____

Tel. celular de madre/tutor (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo (____) ____ - ____ ext ____

Dirección de correo electrónico de contacto del padre/tutor: _____

Contacto de emergencia y parentesco (debe tener 21 años o más): _____

Teléfono de casa de contacto: (____) ____ - ____ Teléfono celular de contacto: (____) ____ - ____

Médico de cabecera: _____ Teléfono del consultorio (____) ____ - ____ ext ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Teléfono de la compañía de seguros (____) ____ - ____ ext ____

****POR FAVOR, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE AL CUIDAR A MI HIJO****

Condiciones médicas: _____

Alergias: _____

Medicamentos y afecciones: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN AUSENCIA DE LOS PADRES

*Autorizo a los representantes del Sistema Escolar Público del Condado de Savannah Chatham a autorizar el tratamiento médico de mi hijo/a durante mi ausencia. Esto puede incluir, entre otros, la activación de los servicios de emergencia, los procedimientos de la sala de emergencias y la evaluación y el tratamiento de lesiones o enfermedades por parte de entrenadores deportivos certificados en competiciones fuera de la escuela.

Nombre del padre: _____ Firma del padre: _____ Fecha: _____

****POR FAVOR ADJUNTE COPIA***

(LOS DOS LADOS) DE LA

TARJETA DE SEGURO

DEL ESTUDIANTE*



FORMULARIO DE PERMISO Y AUTORIZACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Nombre

Inicial

ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y PERMISO PARA TRATAR

Soy consciente de que jugar o practicar para jugar/participar en cualquier deporte o actividad relacionada con el deporte podría ser una actividad peligrosa, que implica MUCHOS RIESGOS DE LESIONES. Entiendo que los peligros y riesgos de jugar o practicar para jugar/participar en deportes o actividades relacionadas con el deporte incluyen, pero no se limitan a: muerte; lesiones graves de cuello y columna que pueden resultar en parálisis total o parcial; daño cerebral; lesiones graves a prácticamente todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, otros aspectos del sistema musculoesquelético y órganos vitales; y deterioro grave a otros aspectos del cuerpo, la salud general y el bienestar. Entiendo que los peligros y riesgos de jugar o practicar para jugar/participar en cualquier deporte o actividad relacionada con el deporte pueden resultar no solo en lesiones graves, sino en un deterioro grave de mis (las del participante) futuras capacidades para ganarme la vida; para participar en otras actividades comerciales, sociales y recreativas; y en general para disfrutar de la vida. Debido a los peligros de jugar o practicar para jugar/participar en cualquier deporte o actividad relacionada con el deporte, reconozco la importancia de seguir las instrucciones del entrenador, los oficiales y el personal médico con respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas del equipo, etc., y acepto obedecer dichas instrucciones.

Como padre/tutor legal del participante mencionado anteriormente, he leído las advertencias y la autorización anteriores y comprendo sus términos. Por la presente, acepto eximir de responsabilidad al Sistema Escolar Público del Condado de Savannah Chatham, sus empleados directos y contratados, agentes, representantes, entrenadores y voluntarios de toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, reclamos o demandas de todo tipo y naturaleza que puedan surgir por o en relación con la participación de mi hijo en cualquier actividad relacionada con las actividades del Sistema Escolar Público del Condado de Savannah Chatham. Los términos del presente servirán como una liberación para mis herederos, patrimonio, albacea, administrador, cesionarios y para todos los miembros de mi familia. Siempre que el participante mencionado anteriormente sufra una lesión o enfermedad, y el participante esté bajo la supervisión de las Escuelas Públicas del Condado de Savannah Chatham, y el padre/tutor legal del participante no esté disponible para dar su permiso para el tratamiento, el participante y otras personas cuyas firmas se adjuntan a continuación otorgan permiso a Chatham Orthopaedics Sports Medicine para autorizar cualquier acción de emergencia necesaria para garantizar la seguridad del niño. El objetivo del presente documento es autorizar la administración y realización de todos y cada uno de los exámenes, exámenes físicos previos a la participación, tratamientos, anestesias, operaciones y procedimientos de diagnóstico que, en este momento o durante la atención de este participante, se consideren convenientes o necesarios. Esto no responsabiliza financieramente a Chatham Orthopaedics ni al Sistema Escolar Público del Condado de Savannah Chatham por la atención médica brindada. Se puede obtener una póliza de seguro a través de la escuela por un costo adicional.

Reconozco específicamente que el fútbol y la lucha libre son deportes de colisión que implican un riesgo aún mayor de lesiones que los deportes de contacto: baloncesto, béisbol, porristas, lacrosse, fútbol, sóftbol y voleibol, que implican un mayor riesgo de lesiones que los deportes sin contacto: bolos, campo a través, equitación, golf, remo, natación, atletismo y tenis.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO MÉDICO

Divulgación general:

Por la presente autorizo al personal médico de Chatham Orthopaedics Sports Medicine a divulgar información de mi historial médico con fines de pago, tratamiento u operaciones a su socio comercial (que incluye al cuerpo técnico y administradores de la escuela asistente) y a cualquier hospital en caso de una situación de emergencia. Esta autorización será válida durante el año escolar 2024-2025. Está sujeta a revocación por parte del paciente o del padre/tutor en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas al respecto. Soy consciente de que una vez que Chatham Orthopaedics Sports Medicine divulgue esta información según mis instrucciones, la información está sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de 1996. Entiendo que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Sé que yo o mi representante autorizado podemos recibir una copia de esta autorización si la solicitamos.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha



GHSa: POLÍTICA DE CALOR Y HUMEDAD

Conciencia sobre el calor y la humedad:

GHSa tiene una política de práctica estatal para calor y humedad extremadamente altos que enumera pautas para monitorear el calor durante los deportes que se practican en los meses más cálidos. Esto incluye entrenamientos, partidos y acondicionamiento voluntario.

GUÍA PARA LA HIDRATACIÓN Y DESCANSO:

- El tiempo de descanso debe incluir tanto la ingesta de hidratación ilimitada (agua o bebidas electrolíticas) como el descanso sin actividad física.
- En el fútbol americano, se debe quitar el casco durante el descanso.
- El lugar de descanso debe ser una zona de enfriamiento y no estar expuesto a la luz solar directa.
- Cuando la lectura de WBGT sea superior a 86:
 - Debe haber toallas de hielo y botellas de spray llenas de agua helada disponibles en la “zona de enfriamiento” para ayudar en el proceso de enfriamiento.
 - Debe haber tinas de inmersión fría disponibles para las prácticas para el beneficio de cualquier jugador que muestre signos tempranos de enfermedad por calor.

Consulte la LEY 2.67-Política de prácticas de GHSa sobre calor y humedad para obtener más detalles:

<https://www.ghsa.net/sites/default/files/documents/sports-medicine/HeatPolicy2018.pdf>

Se recomienda seguir todas las directrices de forma que el bienestar de nuestros estudiantes sea nuestra prioridad principal. También se recomienda que los entrenadores enseñen constantemente a nuestros estudiantes sobre la hidratación adecuada a lo largo del día. Es importante que los estudiantes-atletas puedan llevar agua consigo durante el día y se hidraten, en los días de entrenamiento y partidos, mientras que el clima pueda alcanzar niveles críticos de calor y humedad.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Firma del estudiante deportista

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha



INFORMACIÓN Y DIRECTRICES PARA CONCIENCIAR LAS CONMOCIONES CEREBRALES

El propósito de este documento es proporcionar información crucial a los estudiantes-atletas y a sus padres/tutores legales. Este formulario debe ser firmado tanto por el atleta como por sus padres/tutores legales antes de las pruebas, entrenamientos u otras formas de participación.

Información sobre concientización sobre la conmoción cerebral:

Las conmociones cerebrales en todos los niveles deportivos han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de la conmoción cerebral. Considerada antes como un simple golpe leve en la cabeza, ahora se sabe que una conmoción cerebral puede causar la muerte o alteraciones en la función cerebral (ya sea a corto o largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que provoca una interrupción temporal de la función cerebral normal. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe en la cabeza o el cuerpo. Continuar practicando cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede agravar los síntomas, así como aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

SIGNOS COMUNES DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL:

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y los sonidos
- Confusión en la memoria, dificultad para concentrarse, procesos de pensamiento lentos, confusión acerca de los alrededores o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad Pérdida del conocimiento (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral).

Pautas para conmociones cerebrales y lesiones en la cabeza de estudiantes deportistas:

Afirmo que:

- Es mi responsabilidad, como estudiante atleta o como padre/tutor legal de un estudiante atleta, informar de todas mis lesiones y enfermedades a mi entrenador deportivo o al representante de Medicina Deportiva de Chatham Orthopaedics. He informado por escrito sobre todos mis eventos y afecciones médicas previas relacionadas con lesiones en la cabeza y comunicaré cualquier afección futura a mi entrenador deportivo o al representante de Medicina Deportiva de Chatham Orthopaedics.
- Entiendo la importancia de informar de inmediato sobre cualquier signo o síntoma de una lesión en la cabeza, incluida una conmoción cerebral, al representante de medicina deportiva de Chatham Orthopaedics o a mi entrenador principal.
- Entiendo que existe la posibilidad de que la participación en cualquier deporte pueda resultar en una lesión en la cabeza y/o una conmoción cerebral.

Si tengo preguntas o deseo discutir cualquier área o problema que no tengo claro con respecto a las lesiones en la cabeza, tengo la información de contacto de un entrenador atlético de medicina deportiva de Chatham Orthopaedics.

Reconozco que ningún equipo puede prevenir lesiones, enfermedades o conmociones cerebrales. En concreto, los cascos o las cintas para la cabeza de fútbol pueden ayudar a prevenir lesiones cerebrales graves, pero no reducen significativamente el riesgo de sufrir una lesión cerebral, incluida la conmoción cerebral. Entiendo que es mi responsabilidad usar (o asegurarme de que el estudiante-atleta use) cualquier

- equipo que se me entregue (o que se le entregue al estudiante-atleta) de forma adecuada.
 - Acepto leer y cumplir todas las etiquetas de advertencia en cualquier equipo antes de usarlo.
- He leído y revisado la siguiente declaración publicada por el Comité Operativo Nacional sobre Estándares para Equipos Atléticos (NOCSAE)

Un atleta que sufra una conmoción cerebral deberá suspender la actividad y obtener la autorización para volver a participar plenamente en deportes de uno de los siguientes médicos cualificados (MD, DO, NP). Los atletas neurodivergentes (es decir, con un PEI, autistas, etc.) deben obtener la autorización de un neurólogo. Si el atleta también fue derivado a fisioterapia, el fisioterapeuta remitente también debe enviar la documentación de la autorización.

Se me ha proporcionado y comprendo el Protocolo de conmoción cerebral de Chatham Sports Medicine, que está de acuerdo con el Estatuto 2.68: Política de conmoción cerebral de GHSA.

AL FIRMAR, AFIRMO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO TODOS LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Firma del estudiante deportista

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha