WAKE COUNTY
PUBLIC SCHOOL SYSTEM

Formulario para la Participación en Deportes de la Escuela Secundaria de WCPSS de 2026-27

INSTRUCCIONES

Este formulario se debe completar en su totalidad antes de ser elegible para la participación en los deportes. Por favor note que este formulario consiste de 10 páginas y que se deben llenar todas las páginas. Los formularios incompletos retrasarán su participación en los deportes. Para completar este formulario en línea, visite Dragonflymax.com.

Use la siguiente lista de comprobación para determinar si el formulario para la Participación en los Deportes en la Escuela Secundaria de WCPSS está completo.

- ☐ Toda la información de contacto del estudiante y los padres.
- ☐ Deporte actual en el cual planea participar.
- ☐ La Sección de Condena está completa.
- ☐ Solicitud de permiso – Los deportes en los cuales no está permitido participar están indicados. Por favor note: Los deportes intercolegiales de WCPSS son baloncesto, béisbol, porristas, *cross country* (carrera a campo traviesa), fútbol americano, fútbol de bandera, golf, gimnasia, *indoor track* (atletismo interior), lacrosse, fútbol, softball, natación, acrobacia, tenis, atletismo, voleibol y lucha libre. El entrenamiento con pesas puede ser un componente requerido en el acondicionamiento para cualquier deporte.
- ☐ El historial de salud del atleta está completo.
- ☐ Proporcionar detalles para cualquier respuesta de "Sí" en el examen de evaluación del atleta.
- ☐ El examen de evaluación del atleta debe estar firmado y fechado por el atleta estudiantil y el padre o custodio legal.
- ☐ La sección del examen físico está completada y firmada por un médico (MD, DO, PA, NP). Nota: Un doctor de medicina quiropráctica no es aceptable.
- ☐ La sección del examen físico está fechada y firmada por el médico que lo atiende (MD, DO, PA, NP).
- ☐ La sección del examen físico debe incluir el nombre, dirección y el número telefónico del consultorio médico donde se efectuó el examen físico. Esta información puede llevar el sello del consultorio médico.
- ☐ El formulario de participación está firmado y fechado por el atleta estudiantil.
- ☐ El formulario de participación está firmado y fechado por uno de los padres o custodio legal.
- ☐ La información sobre la concusión para los Atletas Estudiantiles / y los Padres, Tutores Legales ha sido leída y entendida.
- ☐ La Declaración de Concusión para los Atletas Estudiantiles y los Padres, Tutores Legales, ha sido llenada, leída, firmada y firmada con iniciales.
- ☐ Haga copias del formulario completo para sus archivos.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para representar a su escuela en los deportes, usted:

- Debe ser un estudiante debidamente matriculado cuando usted participa, debe estar matriculado a más tardar el 15º día del semestre actual y debe asistir con regularidad a esa escuela.
- No debe estar condenado de un delito grave en este ni ningún otro estado, ni adjudicado como un delincuente por un delito que sería un delito grave si hubiera sido cometido por un adulto en este o cualquier otro estado.
- Debe haber tenido al menos un 85% de asistencia durante el curso anterior semestre.
- No debe de haber excedido ocho semestres consecutivos de asistencia ni haber participado en más de cuatro temporadas en cualquier deporte (una temporada por año) desde la primera vez que entró al noveno grado.
- Debe tener menos de 19 años hasta el 31 de agosto.
- Debe vivir con un padre o custodio legal dentro de la unidad administrativa del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake. (Debe notificar al Director de Deportes si no está viviendo con un padre o custodio legal.)
- Debe estar presente el 100% del día escolar durante el día de la competencia deportiva a fin de participar en el evento. Esto incluye los juegos y las prácticas.
- Debe cumplir con los requisitos de la promoción en su escuela para ser elegible.
- Debe haber obtenido calificaciones aprobatorias en al menos el 70% de los cursos tomado durante el semestre anterior.
- Debe mantener al menos un promedio de calificaciones (GPA) de 1.5.
- Debe haber recibido un examen médico por un médico certificado dentro de los últimos 395 días.
- Si usted falta a cinco (5) días o más de práctica debido a una enfermedad o lesión, usted debe recibir una autorización médica de un médico certificado antes de poder practicar o jugar.
- El atleta estudiantil y los padres deben ver el video educativo sobre las concusiones antes de cada sesión.
- No debe aceptar premios, mercancía, dinero, ni ningún bien que pueda ser canjeado por dinero como resultado de la participación en los deportes. Esto incluye constar en una lista para equipamiento deportivo gratuito o prestado, etc.

- No debe haber firmado un contrato profesional, haber jugado en un equipo de *junior college* ni estar matriculado y asistiendo a una clase universitaria. Esto no afecta a los estudiantes que están matriculados en la escuela secundaria regular que estén tomado un curso(s) universitario para crédito avanzado.
- No debe participar en juegos *all-star* ni en juegos de campeonato no autorizados.
- No puede participar (hacer una prueba para calificar para un equipo, practicar o jugar) en una segunda escuela en el Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake durante la misma temporada del deporte.
- No puede, como individuo o como equipo, practicar ni jugar durante el día escolar.
- No puede jugar, practicar, ni reunirse como equipo con su entrenador los domingos.
- No puede vestirse con el uniforme para un juego, estar sentado en la banquilla ni practicar si no es elegible para participar.
- Debe tener aprobada una Apelación para la Participación Atlética de WCPSS si el estudiante cambió de escuela en cualquier momento después de la entrada inicial en noveno grado. (Esto incluye transferencias, inscripción a la escuela *magnet*, regreso a la escuela base y cualquier otro cambio de escuela sin un cambio de residencia confiable).
- Para conocer los requisitos más completos y actualizados, visite
- nchsaa.org/handbook

.

WAKE COUNTY
PUBLIC SCHOOL SYSTEM

Formulario para la Participación en los Deportes en la Escuela Secundaria de WCPSS de 2026-2027

Instrucciones: Por favor escriba en letra de molde o a máquina y entréguelo a la escuela. Toda la información de contacto del estudiante y los padres debe estar completa. Toda la información del seguro médico debe estar completa. Adjunte la documentación necesaria para los Avisos Médicos (Medical Alerts) tal como reacciones alérgicas, contactos de emergencia, etc.

Name:_____

Class of_____

Nombre del Atleta Estudiantil: _____ _____ _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Número ID del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F Raza: _____ Deporte: _____

Grado:_____ Clase de:_____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre de Padre 1: _____ Teléfono de día: _____ Celular _____

Nombre de Padre 2: _____ Teléfono de día: _____ Celular _____

*Custodio legal: _____ Teléfono de día: _____ Celular _____

Persona de Contacto Alterna en caso de emergencia:_____ Teléfono de día: _____ Celular _____

Médico de la familia:_____ Teléfono: _____ Ortopeda:_____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro:_____ Numero(s) de Póliza: _____

Avisos médicos: ¿Es alérgico a cualquier tipo de medicamento? Detalle: _____

Otras reacciones alérgicas, detalle: _____

Condenas: Marque la caja que aplica a, _____ (Nombre del Estudiante)

- ☐ No está condenado de un delito grave en este o cualquier otro estado O adjudicado como un delincuente por una ofensa que sería un delito grave si hubiera sido cometido por un adulto en este o cualquier otro estado.
- ☐ Ha sido condenado de un delito grave en este o cualquier otro estado.
- ☐ Ha sido adjudicado como un delincuente por una ofensa que sería un delito grave si hubiera sido cometido por un adulto en este o cualquier otro estado.

Lo siguiente se debe completar si el estudiante está condenado de un delito grave o si ha sido adjudicado como un delincuente:

Condenado o adjudicado de: _____

Ciudad y Estado: _____ Fecha de la Condena/de ser adjudicado: _____

Descripción de la ofensa: _____

Consejero del tribunal: _____ Número de Teléfono: _____

SEGURO

El Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake (WCPSS) proporciona una Póliza de Seguro Atlética Intercolegial que proporciona **beneficios limitados** a todos los estudiantes en el sistema que participan en las actividades atléticas intercolegiales de la escuela secundaria que son patrocinadas y supervisadas. La póliza proporciona una cobertura adicional para estudiantes con otra cobertura de seguros, pero sólo paga cuando los otros beneficios se han agotado. En casos en los cuales un estudiante no tiene otra cobertura con una agencia de seguros comercial, Medicare o Medicaid, la póliza de seguros atlética de WCPSS es la póliza primaria.

Si su hijo o hija se lesionan mientras que participan en un evento deportivo intercolegial patrocinado o supervisado por una escuela secundaria, los procedimientos siguientes se deben seguir para procesar un reclamo bajo el seguro proporcionado por WCPSS:

- Recoja un formulario de reclamo en su escuela.
- Visite a un médico dentro de los 30 días de la lesión.
- Complete y presente el Formulario de Reclamo de Accidente. El formulario de reclamo debe ser presentado a la compañía de seguros dentro de los 60 después de la lesión y debería incluir el Formulario de Explicación de Beneficios de su compañía de seguro primaria. Por favor indique a continuación el nombre de su compañía de seguro primaria y el número de la póliza.

SOLICITUD PARA PERMISO

Nosotros, los padres/tutores legales del estudiante, damos nuestro consentimiento para que el estudiante antes mencionado represente a su escuela en los deportes intercolegiales, a **excepción de los deportes indicados aquí**: _____, _____, _____.

Por favor note: Los deportes intercolegiales de WCPSS son baloncesto, béisbol, porristas, carrera de campo traviesa, fútbol americano, golf, gimnasia, pista de interior, lacrosse, fútbol, softball, natación, acrobacia, tenis, pista, voleibol y lucha libre. El entrenamiento con pesas puede ser un componente requerido en el acondicionamiento para cualquier deporte.

WAKE COUNTY
PUBLIC SCHOOL SYSTEM

Formulario de Participación en los Deportes

Instrucciones: El Atleta Estudiantil y el Padre/Custodio legal deben leer y firmar el presente formulario.

Novatadas: De acuerdo con la Política 4309.2.17 de la Junta de WCPSS, las novatadas están prohibidas. Ningún grupo o individuo exigirá que un estudiante use vestimenta anormal; jugar abusivo otrucos ridículos para él o ella; o asustarlo, regañarlo, golpearlo, acosarlo o someterlo de otra manera a la indignidad personal como condición para su inclusión en el grupo o comoritual asociado con la pertenencia a un grupo. Las novatadas están prohibidas incluso si la persona novatada da su consentimiento para dicha conducta.

Código del Espíritu Deportivo: Se reconoce que los eventos deportivos intercolegiales de las escuelas públicas sean efectuados de tal manera que el buen espíritu deportivo prevalezca en todo momento. Se debe hacer todo esfuerzo para promover un ambiente de competencia sana. No se tolerarán los actos antideportivos. Los jugadores están bajo la supervisión del entrenador desde el tiempo en que ellos llegan al campo deportivo hasta cuando salen del mismo. Las multas detallas en el Manual de la Asociación Atlética de la Escuela Secundaria de Carolina del Norte *(North Carolina High School Athletic Association Handbook - NCHSAA)* deberán aplicarse para cualquier atleta que sea expulsado de una competencia deportiva.

Promesa de Cumplimiento de las Regulaciones del *NCHSAA* por parte del Atleta Estudiantil: Como un atleta estudiantil, yo soy un modelo a imitar. Yo entiendo el espíritu de juego limpio al jugar con fuerza. Me abstendré de tomar parte en todo tipo de comportamiento irrespetuoso, incluso lenguaje no apropiado, provocaciones, burlas y contacto físico innecesario. Conozco las expectativas de comportamiento de mi escuela, mi liga deportiva, y el *NCHSAA* y por este medio yo acepto la responsabilidad y privilegio de representar a esta escuela y comunidad como un atleta estudiantil.

Promesa de Cumplimiento por parte del Padre: Como un padre, yo reconozco que soy un modelo a imitar. Recordaré que el atletismo escolar es una extensión del aula, ofreciendo experiencias de aprendizaje para los estudiantes. Yo debo mostrar respeto a todos los jugadores, directores técnicos, espectadores y grupos de apoyo. Yo participaré en las porras que apoyan, animan y levantan el ánimo de los equipos involucrados. Yo entiendo el espíritu del juego limpio y el buen espíritu deportivo que se espera por parte de nuestra escuela, nuestra liga deportiva y el *NCHSAA*. Por este medio yo acepto mi responsabilidad de ser un modelo del buen espíritu deportivo que viene de ser el padre de un atleta estudiantil.

Fútbol Americano: Los atletas estudiantiles que son miembros del equipo de fútbol americano escolar deben leer, revisar con el padre/ tutor legal y firmar un formulario suplementario titulado *Safety List for Football Players* (Lista de Seguridad para Futbolistas). Este formulario enfatiza los datos específicos de cómo derribar, bloquear, correr el balón, posiciones básicas de pegar (hacer contacto), técnica fundamental y el ajuste y el uso del equipamiento. Este formulario estará disponible de su entrenador de fútbol americano y se debe completar antes de la práctica usando el equipo protector de fútbol americano.

Política del Espíritu Deportivo/Expulsión del *NCHSAA*: Reconocemos que nosotros, tanto el estudiante como padre cuyos nombres aparecen más adelante, hemos leído y entendemos la política del Espíritu Deportivo/Expulsión del *NCHSAA*. Entendemos que los siguientes tipos de comportamiento causarán una expulsión de una competencia atlética: enfrentamientos, provocaciones o instigaciones, blasfemia dirigida hacia un funcionario o un opositor, gestos obscenos, falta de respeto dirigida a un funcionario, contacto flagrante u obvio, dejando el banco.

- 1.ª expulsión: Suspensión de uno juego en todos los deportes.
- 2 .ª expulsión: Suspensión de dos juegos en todos los deportes.
- 3.ª expulsión: Suspendido de TODAS las competiciones atléticas durante 365 días a partir de la fecha de la tercera expulsión.

Transporte para Eventos Deportivos: Si el transporte del estudiante es en un vehículo propiedad de *WCPSS*, la cobertura de seguro de responsabilidad civil del sistema escolar aplica a cualquier accidente de vehículo. Si el transporte del estudiante es un vehículo particular, el seguro de la responsabilidad civil del dueño del vehículo aplica a cualquier accidente de vehículo. Los padres o conductores mayores de edad deben estar conscientes de su posible responsabilidad por motivo de lesiones causadas a cualquier persona que ellos estén transportando y deben garantizar que cualquier vehículo particular usado está cubierto como mínimo por la cobertura de seguro requerida por el Estado de Carolina de Norte. Todos los estudiantes que viajan con un equipo a un evento deportivo fuera de la escuela deben regresar a la escuela con el equipo. La única excepción a esta política es cuando tanto el entrenador como el padre/custodio legal están de acuerdo que es de beneficio que el atleta estudiantil viaje a casa con el padre/custodio legal. Los atletas estudiantiles no deben viajar a casa de un evento deportivo con ninguna otra persona.

Autorización médica: Como el padre o custodio legal de este atleta estudiantil, yo doy mi permiso para el tratamiento que se juzgue necesario a consecuencia de una condición que pueda surgir o que afecte la participación en los deportes, incluso el tratamiento médico o cirugía recomendada por un médico. Yo entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes del tratamiento. Además, doy mi permiso de liberar la información médica a la escuela, al entrenador deportivo o al personal de primeros auxilios.

Riesgo de Lesión: Reconocemos y entendemos que hay un riesgo de lesión involucrado en la participación atlética. Entendemos que el atleta estudiantil estará bajo la supervisión y la dirección de un entrenador deportivo de *WCPSS*. Nos comprometemos en seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador a fin de reducir el riesgo de lesión del estudiante y de los otros atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador npueden eliminar el riesgo de lesión en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir y realmente ocurren. Las lesiones deportivas pueden ser severas y en algunos casos puede causar la discapacidad permanente o hasta la muerte. Nosotros, libremente, a sabiendas, y voluntariamente aceptamos y asumimos el riesgo de lesión que podría ocurrir a consecuencia de la participación en los deportes.

Los Requisitos de Domicilio: Los requisitos de domicilio del *NCHSAA* estipulan que "el domicilio de cualquier estudiante corresponde al domicilio de sus padres o de su único padre sobreviviente. En el caso de que los padres estén separados o divorciados, el domicilio del estudiante debe ser el del padre al cual la custodia ha sido concedida por un tribunal de jurisdicción competente. No se reconocerá ninguna custodia que no sea la custodia paternal en los casos en que un estudiante tenga un padre vivo. Cualquier estudiante propuesto para una competencia es elegible en la escuela a la cual la Junta Directiva Escolar local lo asigna a él o ella dentro de la unidad del domicilio de un padre o custodio legal dentro de este estado." Según la política 6201 de la Junta Directiva Escolar de *WCPSS* un "custodio legal" es una persona o entidad a quien se le ha otorgado la custodia legal de un niño por un tribunal. El director deportivo de la escuela debe ser notificado de cualquier estudiante que no viva con un padre o custodio legal. Ninguna persona que no sea un padre o custodio legal puede firmar este documento.

Nosotros, los abajo firmantes, estudiante y padre/custodio legal, certificamos que la dirección de casa indicada en este documento es en efecto nuestro único domicilio según ha sido proporcionado a la Oficina de Asignación Estudiantil del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake. También acordamos que notificaremos al director de la escuela secundaria inmediatamente de cualquier cambio de domicilio, ya que tal traslado puede cambiar el estado de elegibilidad.

Hemos leído las reglas de elegibilidad y este documento y entendemos todos los requisitos para la participación en los deportes. Nos comprometemos en cumplir los requisitos establecidos en las reglas de elegibilidad y el presente documento. Toda la información contenida en este documento es precisa y correcta.

Comunicado de prensa: El WCPSS utiliza medios internos y externos para promover sus programas deportivos en una variedad de formas, que pueden incluir el uso de fotografías o videos de estudiantes atletas. WCPSS puede, por ejemplo, tomar una grabación de video de un evento o práctica atlética para que la utilicen los entrenadores a fin de mejorar el rendimiento del equipo, o el departamento de atletismo para promover el programa de una escuela en particular o resaltar un determinado evento atlético. Doy permiso para que WCPSS use la imagen de mi hijo para exhibirla, publicarla o divulgarla en medios impresos, de video o digitales. Además, entiendo y reconozco que la imagen de mi hijo puede aparecer en los sitios web de WCPSS o de escuelas individuales y puede divulgarse a organizaciones externas (como NCHSAA) oa los medios de comunicación.

Si después de completar este formulario, se presentan cambios en los medicamentos, la necesidad de atención médica o en las condiciones de salud de su estudiante, favor comunicarse con el Entrenador Deportivo o Proveedor de Primeros Auxilios y proporcionar información actualizada de salud.

Proveer información falsa en este formulario podría dar como resultado que el atleta estudiantil pierda su elegibilidad de participación atlética.

Atleta Estudiantil: _____ _____ Fecha _____
(Firma) (Nombre del Atleta Estudiantil en letra de molde)

Padre: _____ _____ Fecha _____
(Firma) (Nombre del Padre en letra de molde)

Custodio Legal: _____ _____ Fecha _____
(Firma) (Nombre del Custodio Legal en letra de molde)

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN
FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

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

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F o M): _____ Escuela: _____

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

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

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

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

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

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

_____

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

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

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

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

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (*CONTINUACIÓN*)	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	☐	☐	☐
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	☐	☐	☐
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	☐	☐	☐

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?	☐	☐
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	☐	☐

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	☐	☐
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?	☐	☐
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	☐	☐

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

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2023 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. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. Consider additional questions on more-sensitive issues.
   - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
   - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
   - Do you feel safe at your home or residence?
   - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
   - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
   - Do you drink alcohol or use any other drugs?
   - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
   - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
   - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: Weight:		
BP: / (/) Pulse: Vision: R 20/ L 20/ Corrected: □ Y □ N		
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart[a] • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), or tinea corporis		
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 • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

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

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

Address: _____ Phone: _____

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

© 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.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

_____

_____

☐ Medically eligible for certain sports

_____

_____

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

_____

_____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

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

Address: _____ Phone: _____

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

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

_____

_____

Medications: _____

_____

_____

Other information: _____

_____

_____

Emergency contacts: _____

_____

_____

© 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde)_____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde)_____

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

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

_____ _____

Firma del estudiante- atleta Fecha

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor Fecha