

EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL DE PREPARTICIPACIÓN 2026-2027

(El padre, madre o tutor/debe llenar este formulario con ayuda del estudiante/atleta)

Fecha del examen: _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Tel: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____
 Sexo asignado al nacer: _____
 Grado: _____
 Escuela: _____
 Deporte(s): _____
 Médico Personal: _____
 Hospital de preferencia: _____

En caso de emergencia contactar a:
 Nombre: _____
 Relación: _____
 Tel. (casa): _____
 Tel. (trabajo): _____
 Tel.(cel.): _____

 Nombre: _____
 Relación: _____
 Tel.(casa): _____
 Tel.(trabajo): _____
 Tel.(cel.): _____

Explica las respuestas afirmativas en el recuadro que aparece en la página siguiente. Encierra las preguntas cuyas respuestas desconozcas.

	Si	No																		
1) ¿Alguna vez te ha impedido o restringido un doctor hacer deporte por algún motivo?	☐	☐																		
2) Enlista cualquier problema médico que hayas padecido o padezcas actualmente:	☐	☐																		

3) ¿Estás tomando alguna medicina o suplemento, con o sin receta (de venta libre)?	☐	☐																		
(Especificar): _____																				
4) ¿Tienes alergia a algún medicamento, alimentos, insectos o al polen?	☐	☐																		
(Especificar): _____																				
5) ¿Se acelera o reduce tu ritmo cardíaco durante el ejercicio físico?	☐	☐																		
6) Has a doctor ever told you that you have (check all that apply):																				
☐ Hipertensión	☐ Soplo cardíaco	☐ Colesterol alto																		
☐ Enfermedad cardíaca																				
7) ¿Alguna vez te has sometido a cirugía? (Especificar): _____	☐	☐																		
8) ¿Alguna vez has sufrido una lesión (esguince, rotura de ligamento/desgarro muscular, tendinitis, etc.) que te impidiera participar en una práctica o partido? (si es Si, indica el área afectada en la pregunta #10):	☐	☐																		
9) ¿Alguna vez te has roto/fracturado un hueso o dislocado una articulación? (En caso afirmativo, indica el área afectada en la pregunta n.o 10):	☐	☐																		
10) ¿Alguna vez has sufrido una lesión en un hueso o articulación que requiriera rayos X, IRM, TC, cirugía, inyección, rehabilitación, soporte, yeso o muletas? (En caso afirmativo, indicar la zona afectada a continuación):	☐	☐																		
<table border="0"> <tr> <td>☐ Cabeza</td> <td>☐ Cuello</td> <td>☐ Hombro</td> <td>☐ Parte superior del brazo</td> <td>☐ Codo</td> <td>☐ Antebrazo</td> </tr> <tr> <td>☐ Mano/dedos</td> <td>☐ Pecho</td> <td>☐ Espalda alta</td> <td>☐ Espalda baja</td> <td>☐ Cadera</td> <td>☐ Muslo</td> </tr> <tr> <td>☐ Rodilla</td> <td>☐ Pantorrilla/espinilla</td> <td>☐ Tobillo</td> <td>☐ Pie/dedos del pie</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			☐ Cabeza	☐ Cuello	☐ Hombro	☐ Parte superior del brazo	☐ Codo	☐ Antebrazo	☐ Mano/dedos	☐ Pecho	☐ Espalda alta	☐ Espalda baja	☐ Cadera	☐ Muslo	☐ Rodilla	☐ Pantorrilla/espinilla	☐ Tobillo	☐ Pie/dedos del pie		
☐ Cabeza	☐ Cuello	☐ Hombro	☐ Parte superior del brazo	☐ Codo	☐ Antebrazo															
☐ Mano/dedos	☐ Pecho	☐ Espalda alta	☐ Espalda baja	☐ Cadera	☐ Muslo															
☐ Rodilla	☐ Pantorrilla/espinilla	☐ Tobillo	☐ Pie/dedos del pie																	

EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL DE PREPARTICIPACIÓN 2026-2027

	Si	No
11) ¿Has sufrido alguna vez una fractura por sobrecarga?	☐	☐
12) ¿Alguna vez te han dicho que padece inestabilidad atlantoaxial (en el cuello) o se ha realizado una radiografía para detectarla?	☐	☐
13) ¿Utilizas habitualmente un aparato o un dispositivo de apoyo?	☐	☐
14) ¿Te ha dicho algún médico que padeces asma o alergias?	☐	☐
15) ¿Toses, emites silbidos al respirar o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐
16) ¿Has utilizado alguna vez un inhalador o has tomado medicamentos para el asma?	☐	☐
17) ¿Siente dolor en la ingle o en los testículos, o presenta un bulto doloroso o una hernia en la zona inguinal?	☐	☐
18) ¿Naciste sin un riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano, o te falta alguno de ellos o alguno no te funciona?	☐	☐
19) ¿Has padecido mononucleosis infecciosa en el último mes?	☐	☐
20) ¿Tienes alguna erupción, úlcera por presión u otros problemas en la piel?	☐	☐
21) ¿Has tenido alguna infección cutánea por herpes?	☐	☐
22) ¿Has sufrido alguna vez una lesión en la cara, la cabeza, el cráneo o el cerebro (incluyendo conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza debido a un golpe en la cabeza)?	☐	☐
23) ¿Has tenido alguna vez una convulsión?	☐	☐
24) ¿Has sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de recibir un golpe, una caída o una lesión nerviosa por impacto (sensación de descarga eléctrica o quemazón)?	☐	☐
25) ¿Sufres calambres musculares intensos o te sientes mal al hacer ejercicio con calor?	☐	☐
26) ¿Tú o algún miembro de tu familia ha dado positivo en la prueba de rasgo de células falciformes o de enfermedad de células falciformes?	☐	☐
27) ¿Has estado hospitalizado o ha requerido atención por complicaciones a largo plazo debido al COVID-19?	☐	☐
28) ¿Está satisfecho/a con tu peso?	☐	☐
29) ¿Estás intentando ganar o perder peso?	☐	☐
30) ¿Alguien te ha recomendado cambiar tu peso o tus hábitos alimenticios?	☐	☐
31) ¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?	☐	☐
32) ¿Tienes alguna inquietud que te quisieras tratar con un médico?	☐	☐

Solo Mujeres

Explica aquí las respuestas afirmativas

	Si	No
33) ¿Has tenido ya tu primer período menstrual?	☐	☐
34) ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	_____	
35) ¿Cuántos períodos menstruales has tenido en el último año?	_____	

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Preguntas sobre el historial del paciente: Comparta información sobre su hijo/a

	Si	No
1) ¿Su hijo/a ha sufrido desmayos o pérdida del conocimiento DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio, experimentar una emoción fuerte o un sobresalto?	☐	☐
2) ¿Su hijo/a ha experimentado una dificultad extrema para respirar durante el ejercicio?	☐	☐
3) ¿Su hijo/a ha sentido una fatiga extrema asociada al ejercicio (a diferencia de otros niños)?	☐	☐
4) ¿Su hijo/a ha sentido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐
5) ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba cardíaca para su hijo/a?	☐	☐
6) ¿Alguna vez se le ha diagnosticado a su hijo/a un trastorno convulsivo de causa desconocida?	☐	☐
7) ¿Alguna vez se le ha diagnosticado a su hijo/a asma inducida por el ejercicio que no esté bien controlada con medicación?	☐	☐

Explique aquí las respuestas afirmativas

Cuestionario de Salud del Paciente Versión 4 (PHQ-4)

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia has sufrido alguno de los siguientes problemas? (encierre las respuestas)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer al hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3

Comparta cualquier Nota Relacionada con la Sección de Anterior

Preguntas sobre antecedentes familiares: comparte información sobre alguno de estos aspectos en su familia.

		Si	No
1)	¿Hay algún familiar que haya sufrido una muerte repentina, inesperada o sin causa aparente antes de los 50 años? (incluyendo el síndrome de muerte súbita del lactante [SMSL], accidentes automovilísticos, ahogamiento o casi ahogamiento)	☐	☐
2)	¿Hay algún familiar que haya fallecido repentinamente por "problemas cardíacos" antes de los 50 años?	☐	☐
3)	¿Hay algún familiar que sufra desmayos o convulsiones de causa desconocida?	☐	☐
4)	¿Hay algún familiar con ciertas afecciones, tales como:		
	Si	No	
	☐	☐	
Corazón agrandado	☐	☐	Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)
Cardiomiopatía hipertrófica (HCM)	☐	☐	Miocardopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC)
Cardiomiopatía dilatada (DMC)	☐	☐	Síndrome de Marfan (rotura aórtica)
Problemas del ritmo cardíaco	☐	☐	Infarto de miocardio a los 50 años o menos
Síndrome de QT largo (LQTS)	☐	☐	Marcapasos o desfibrilador implantado
Síndrome de QT corto	☐	☐	Sordera de nacimiento
Síndrome de Brugada	☐	☐	

Explica aquí las respuestas afirmativas

Historial Adicional

	Si	No
1) ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, rapé o tabaco de inmersión (dip)?	☐	☐
2) ¿Consume alcohol o drogas ilícitas?	☐	☐
3) ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o utilizado otros suplementos para mejorar el rendimiento?	☐	☐
4) ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ganar o perder peso, o para mejorar su rendimiento?	☐	☐
5) ¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un vehículo?	☐	☐

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Asimismo, reconozco y comprendo que mi elegibilidad podría ser revocada si no he proporcionado información veraz y exacta en respuesta a dichas preguntas.

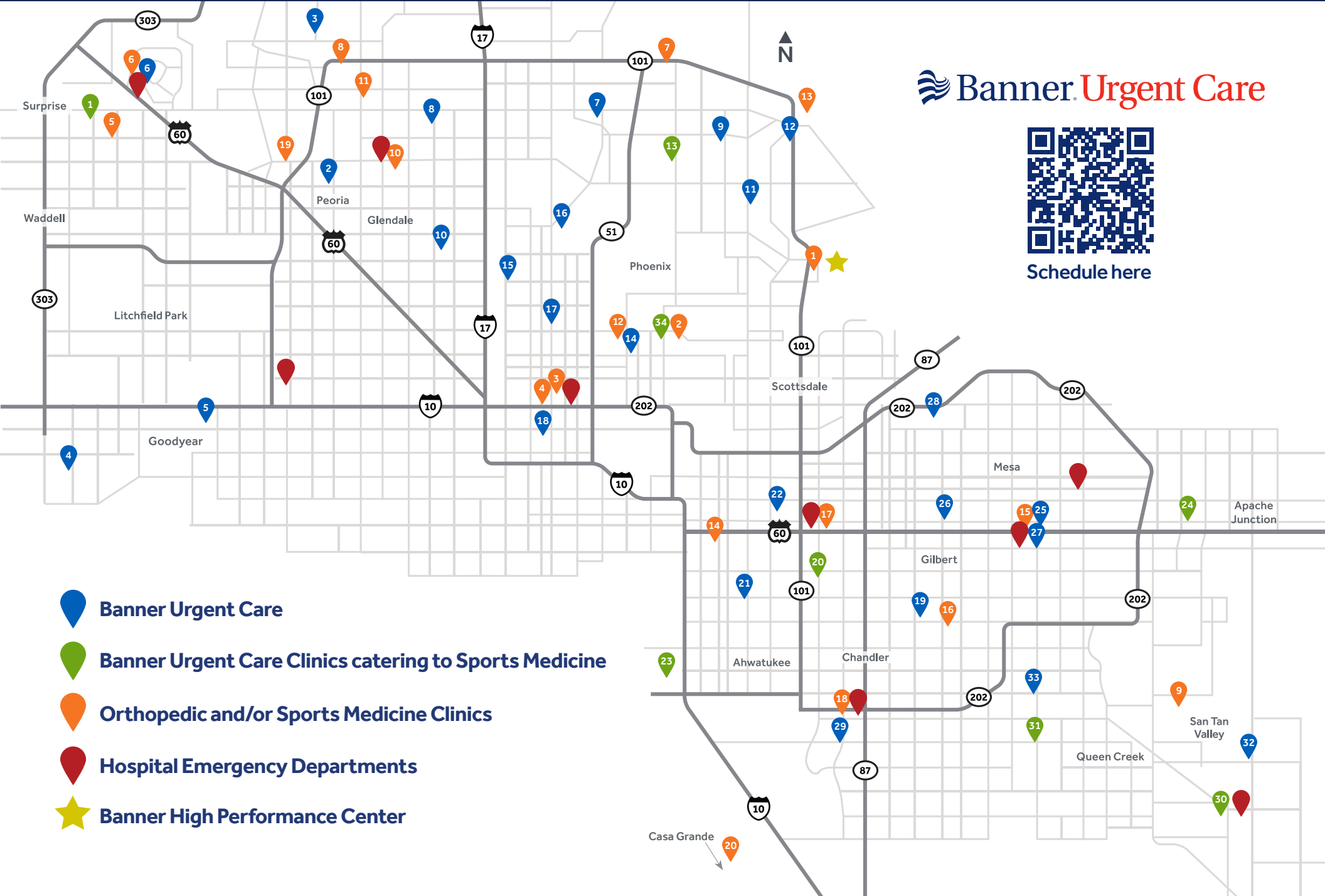
Firma del Estudiante/Atleta

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Schedule here



-  **Banner Urgent Care**
-  **Banner Urgent Care Clinics catering to Sports Medicine**
-  **Orthopedic and/or Sports Medicine Clinics**
-  **Hospital Emergency Departments**
-  **Banner High Performance Center**

Banner Urgent Care

- 1 Bell & Reems**
15521 W. Bell Rd.
Surprise, AZ 85374
- 2 Cactus & 75th Ave.**
7611 W. Cactus Rd.
Peoria, AZ 85381
- 3 Deer Valley & 83rd Ave.**
21980 N. 83rd Ave.
Peoria, AZ 85383
- 4 Yuma & Sarival**
16430 W. Yuma Rd.
Goodyear, AZ 85338
- 5 Van Buren & Avondale**
11685 W. Van Buren St.
Avondale, AZ 85323
- 6 Johnson & Meeker**
13901 W. Meeker Blvd.
Sun City West, AZ 85375
- 7 Bell & 32nd St.**
3247 E. Bell Rd., PB1
Phoenix, AZ 85032
- 8 Bell & 43rd Ave.**
4232 W. Bell Rd.
Glendale, AZ 85308
- 9 Greenway & 64th St.**
6501 E. Greenway Pkwy.
Scottsdale, AZ 85254
- 10 43rd Ave. & Northern**
7952 N. 43rd Ave.
Glendale, AZ 85301
- 11 Scottsdale & Shea**
10330 N. Scottsdale Rd., Ste. 25
Scottsdale, AZ 85253
- 12 Pima & 87th St.**
15223 N. 87th St., Ste. 110
Scottsdale, AZ 85260
- 13 Tatum & Thunderbird**
4760 E. Thunderbird Rd., Ste. 1
Phoenix, AZ 85032
- 14 32nd St. & Indian School**
3141 E. Indian School Rd., Ste. 104
Phoenix, AZ 85016
- 15 19th Ave. & Glendale**
1940 W. Glendale Ave.
Phoenix, AZ 85021
- 16 7th St. & Cave Creek**
9111 N. 7th St.
Phoenix, AZ 85020
- 17 7th St & Camelback**
5018 N. 7th St.
Phoenix, AZ 85014
- 18 Central & Washington**
1 N. Central Ave. Ste. 105
Phoenix, AZ 85004
- 19 Warner & Cooper**
641 W. Warner Rd.
Gilbert, AZ 85233
- 20 Dobson & Guadalupe**
1955 W. Guadalupe Rd., Ste. 1
Mesa, AZ 85202
- 21 Rural & Elliot**
931 E. Elliot Rd., Ste. 115
Tempe, AZ 85284
- 22 McClintock & Southern**
3141 S. McClintock Dr., Ste. 1
Tempe, AZ 85282
- 23 Chandler & 41st St.**
4206 E. Chandler Blvd., Ste. 1
Phoenix, AZ 85048
- 24 Crismon & Southern**
1157 S. Crismon Rd., Ste. 101
Mesa, AZ 85208
- 25 Higley & Southern**
1215 S. Higley Rd.
Mesa, AZ 85206
- 26 Southern & Gilbert**
1121 S. Gilbert Rd., Ste. 101
Mesa, AZ 85204
- 27 Higley & Baseline**
1660 N. Higley Rd., Ste. 104
Gilbert, AZ 85234
- 28 Gilbert & McKellips**
1908 E. McKellips Rd.
Mesa, AZ 85203
- 29 Alma School & Queen Creek**
2950 S. Alma School Rd., Ste. 1
Chandler, AZ 85286
- 30 Gary & Empire**
35945 N. Gary Rd.
San Tan Valley, AZ 85143
- 31 Higley & Queen Creek**
3160 E. Queen Creek Rd.
Gilbert, AZ 85297
- 32 Ironwood & Ocotillo**
40773 N. Ironwood Rd.
San Tan Valley, AZ 85140
- 33 Pecos & Higley**
3126 S. Higley Rd., Ste. 109
Gilbert, AZ 85295
- 34 Arcadia**
4200 E. Camelback Rd., Ste. 106
Phoenix, AZ 85018

Banner Urgent Care Clinics
catering to Sports Medicine

Banner Sports Medicine

Orthopedic and/or Sports Medicine Clinics:

- 1 Banner Sports Medicine Scottsdale**
7400 N. Dobson Rd., 2nd floor
Scottsdale, AZ 85256
480-733-7400
- 2 Banner Health Plus Arcadia**
4200 E. Camelback Rd., 1st floor
Phoenix, AZ 85018
602-229-2200
- 3 Banner University Orthopedic & Sports Medicine**
755 E. McDowell Rd., 2nd floor, Side A
Phoenix, AZ 85006
602-521-3250
- 4 Banner Concussion Center**
1320 N. 10th St., Ste. B
Phoenix, AZ 85006
602-839-7285
- 5 Banner Health Center**
13995 W. Statler Blvd., Ste. 200
Surprise, AZ 85379
623-876-3870
- 6 Banner Health Center**
14416 W. Meeker Blvd.
Sun City West, AZ 85375
623-876-3800
- 7 Banner Health Center**
4375 E. Irma Ln.
Phoenix, AZ 85050
602-298-8888
- 8 Banner Health Center**
7701 W. Aspera Blvd.
Glendale, AZ 85308
602-298-8888
- 9 Banner Health Center**
37100 N. Gantzel Rd., Ste. 107
Queen Creek, AZ 85140
480-394-4480
- 10 Banner Health Clinic**
5601 W. Eugie Ave., Ste. 100
Glendale, AZ 85304
602-298-8888
- 11 TOCA at Banner Health Arrowhead**
18700 N. 64th Dr., Ste. 220
Glendale, AZ 85308
602-277-6211
- 12 TOCA at Banner Health Biltmore**
2222 E. Highland Ave., Ste. 300
Phoenix, AZ 85016
602-277-6211
- 13 TOCA at Banner Health Scottsdale**
9377 E. Bell Rd., Ste. 231
Scottsdale, AZ 85260
602-277-6211
- 14 TOCA at Banner Health Tempe**
5002 S. Mill Ave., Tempe, AZ 85282
602-277-6211
- 15 Banner Health Clinic Gilbert**
1920 N. Higley Rd., Ste. 206
Gilbert, AZ 85234
480-543-6700
- 16 Banner Health Clinic Warner**
155 E. Warner Rd., Gilbert, AZ 85296
480-543-6700
- 17 Banner Health Clinic**
1432 S. Dobson Rd., Ste. 304
Mesa, AZ 85202
480-412-7400
- 18 BMG Health Clinic**
1125 S. Alma School Rd., Ste. 210
Chandler, AZ 85286
480-543-6700
- 19 BMG Health Clinic**
9165 W. Thunderbird Rd., Ste. 101
Peoria, AZ 85381
623-876-3870
- 20 BMG Health Clinic**
1811 E. McMurray Blvd.
Casa Grande, AZ 85122
520-374-6520

Banner Urgent Care

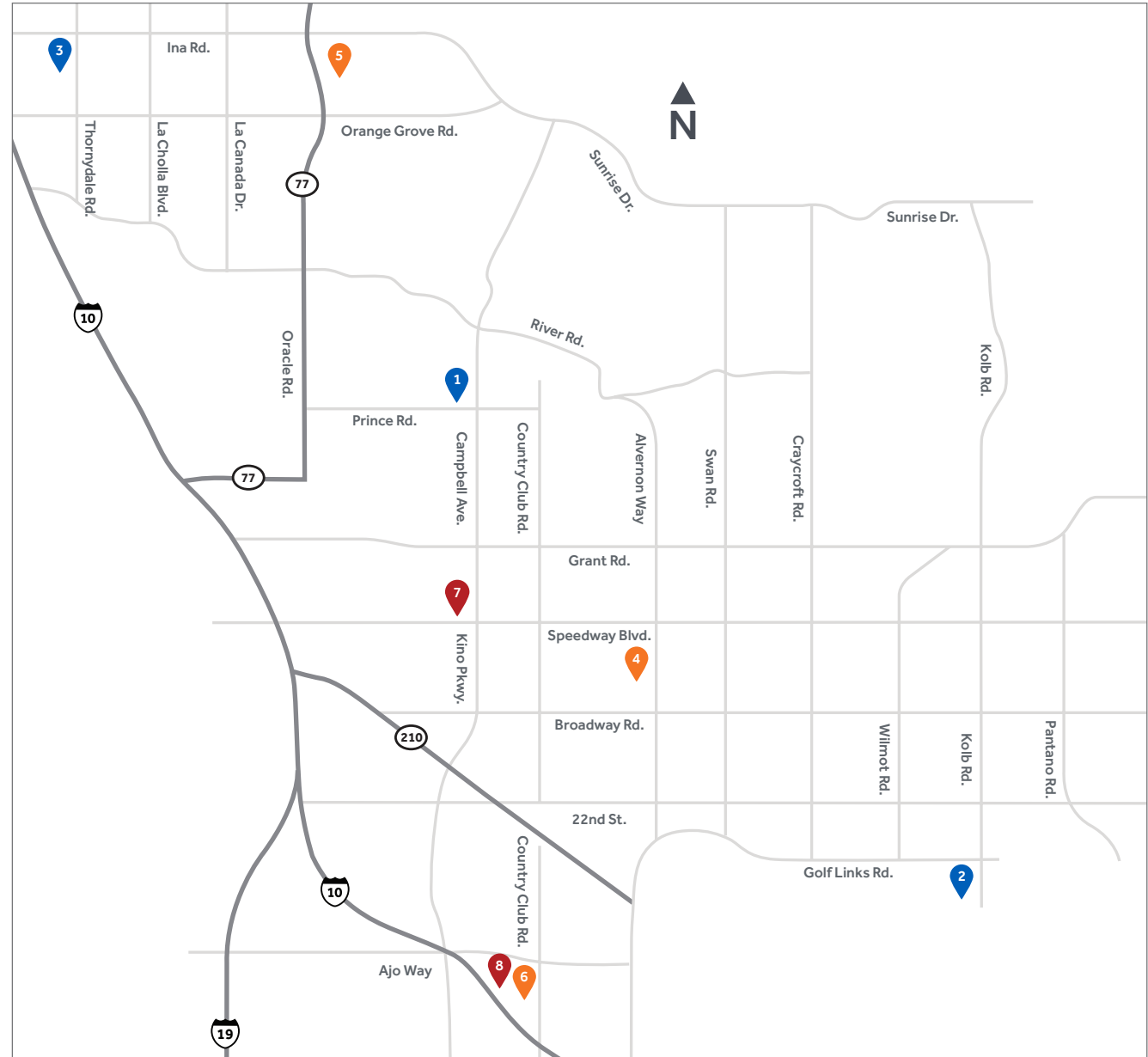
-  **Banner Urgent Care | Prince & Campbell**
3611 N. Campbell Ave.
Tucson, AZ 85719
-  **Banner Urgent Care | Golf Links & Kolb**
7066 E. Golf Links Rd.
Tucson, AZ 85730
-  **Banner Urgent Care Catering to Sports Medicine**
Thornysdale & Ina
7089 N. Thornysdale Rd., Ste. 101
Tucson, AZ 85741

Orthopedic and/or Sports Medicine Clinics

-  **Banner – University Medicine Alvernon Clinic**
707 N. Alvernon Way, Ste. 205
Tucson, AZ 85705
-  **Banner – University Medicine North Hills**
265 W. Ina Rd.
Tucson, AZ 85704
-  **Banner – University Medicine Center South Campus**
2800 E. Ajo Way, Ste. 200
Tucson, AZ 85713

Hospital Emergency Departments

-  **Banner – University Medical Center Tucson**
1625 N. Campbell Ave.
Tucson, AZ 85719
-  **Banner – University Medical Center South**
2800 E. Ajo Way
Tucson, AZ 85713



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Género: _____
 Altura: _____ Peso: _____ % grasa corporal (opcional): _____
 Pulso: _____ Presión Arterial (1ra medición): ____ / ____ (2da medición) ____ / ____ (3ra medición) ____ / ____
 Visión: D20/____ I.20/____ Corregido: ☐ Si ☐ No Pupilas: ☐ Iguales ☐ Desiguales

Inf. Médica	Normal	Anormal
Apariencia		
Ojos/oídos/garganta/nariz		
Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón		
Soplos		
Pulso		
Pulmones		
Abdomen		
Sistema genitourinario		
Piel		

Musculoesquelético	Normal	Anormal
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñecas/manos/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos de los pies		

Para una evaluación completa de PPE se requiere que la información que figura a continuación se complete en formato de texto o mediante el sello oficial del consultorio del proveedor de atención médica.

* - Solo para configuraciones con múltiples examinadores | Se recomienda la presencia de una tercera persona durante el examen genitourinario.

NOTAS Y RECOMENDACIONES:

- ☐ Autorizado sin restricciones para todos los deportes
- ☐ Aprobado con las siguientes restricciones y/o recomendaciones: _____
- ☐ No autorizado para realizar deportes [Motivo(s)]: _____

Un profesional de la salud ha revisado los antecedentes familiares. _____ (Iniciales) Fecha del examen _____

Nombre del Profesional Médico (letra de imprenta/a máquina): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Profesional Médico _____

Credencial Médica (marque el indicado): MD / DO / ND / NP / PA-C / CCSP

OUR STUDENTS, OUR TEAMS . . . OUR FUTURE.

NUESTROS ESTUDIANTES, NUESTROS EQUIPOS . . . NUESTRO FUTURO.

Arizona Interscholastic Association, Inc.

Lesión Cerebral Traumática Leve (MTBI) / Conmoción Cerebral Declaración Anual y Formulario de Reconocimiento

Yo _____ (estudiante), reconozco que debo participar activamente en el cuidado de mi propia salud y que tengo la responsabilidad directa de informar sobre todas mis lesiones y enfermedades al personal de la escuela (ejem. entrenadores, médicos del equipo y personal de preparación física). Asimismo, reconozco que mi estado físico depende de proporcionar un historial médico preciso y de informar detalladamente sobre cualquier síntoma, molestia, lesión previa y/o discapacidad experimentada antes, durante o después de las actividades deportivas.

Al firmar a continuación, reconozco:

- Mi institución me ha proporcionado materiales educativos específicos, incluida la hoja informativa de los CDC sobre conmociones cerebrales (<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>) que explica en qué consiste una conmoción cerebral, y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.
- He informado plenamente al personal sobre cualquier condición médica previa y también informaré sobre cualquier condición futura.
- Existe la posibilidad de que la práctica de mi deporte derive en una lesión en la cabeza y/o una conmoción cerebral. En casos poco frecuentes, estas conmociones pueden causar daño cerebral permanente e incluso la muerte.
- Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que tengo la responsabilidad de comunicar al médico del equipo o al entrenador del equipo.
- Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades cotidianas, así como mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño y rendimiento escolar.
- Algunos síntomas de una conmoción cerebral pueden notarse de inmediato, mientras que otros pueden aparecer horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que un compañero de equipo ha sufrido una conmoción cerebral, soy responsable de informar de la lesión al personal de la escuela.
- No volveré a jugar un partido ni a participar en un entrenamiento si he recibido un golpe en la cabeza o en el cuerpo que provoque síntomas relacionados con una conmoción cerebral.
- No volveré a jugar un partido ni a participar en un entrenamiento hasta que mis síntomas hayan desaparecido Y cuente con la autorización por escrito de un profesional de la salud cualificado para hacerlo.
- Tras una conmoción cerebral, el cerebro necesita tiempo para sanar; existe un riesgo mucho mayor de sufrir una nueva conmoción o daños adicionales si retoma la actividad deportiva antes de que desaparezcan los síntomas.

Según la incidencia de conmociones cerebrales publicada por los CDC, se han identificado los siguientes deportes como de alto riesgo para sufrir este tipo de lesión: béisbol, baloncesto, buceo/clavados, fútbol americano, salto con pértiga, fútbol, sóftbol, animación (porristas) y lucha libre.

Declaro y certifico que tanto yo como mi padre, madre o tutor hemos leído la totalidad de este documento, comprendemos plenamente su contenido, así como las consecuencias e implicaciones de firmarlo, y acepto quedar sujeto a lo dispuesto en el mismo.

Estudiante Atleta:

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

El padre, la madre o el tutor legal debe imprimir su nombre, firmar a continuación e indicar la fecha de la firma:

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

2026-27 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por lo general, se requiere el consentimiento de los padres/tutores para que los atletas menores de edad reciban servicios de medicina deportiva; dichos servicios se definen como aquellos que incluyen, entre otros, la evaluación, el diagnóstico, los primeros auxilios y la atención de urgencia, la estabilización, el tratamiento, la rehabilitación y la derivación en casos de lesiones y enfermedades, así como las decisiones sobre el retorno a la actividad deportiva tras una lesión o enfermedad. En ocasiones, estos deportistas menores de edad requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que el padre, la madre o el tutor legal no se encuentran disponibles de inmediato para otorgar el consentimiento relativo a la afección específica que afecta al deportista. En tales casos, puede resultar imperativo para la salud y seguridad de los atletas que se presten de inmediato los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños, sin que estos se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre o tutor.

Por tanto, como miembro de la Arizona Interscholastic Association (AIA), _____ (nombre de la escuela o del distrito) exige, como requisito previo para participar en actividades interescolares, que el padre, madre o tutor legal otorgue su consentimiento por escrito para que un proveedor de servicios médicos deportivos cualificado (QMP, por sus siglas en inglés) —empleado o designado por la escuela, el distrito o la AIA— preste al atleta menor de edad los servicios médicos necesarios, en la medida en que dicho proveedor lo considere preciso para prevenir daños al estudiante atleta. Se entiende que un profesional médico cualificado (QMP, por sus siglas en inglés) puede ser un preparador físico deportivo, un médico, un asistente médico o una enfermera de práctica avanzada con licencia del estado de Arizona (o del estado donde se encuentre el estudiante deportista en el momento en que ocurra la lesión o enfermedad), y que actúe dentro del ámbito de práctica permitido por su licencia estatal y conforme a cualquier otro requisito impuesto por la legislación de Arizona. En situaciones de emergencia, el profesional médico cualificado (QMP) también puede ser un paramédico o un técnico en emergencias médicas certificado, pero únicamente con el fin de prestar atención de emergencia y realizar el traslado, según lo designado.

Por favor, escriba con letra legible o a máquina.

Yo, _____, el abajo firmante, soy el padre, madre o tutor legal de _____,
menor de edad y estudiante deportista de _____

Entiendo que la escuela, el distrito o la AIA emplean o designan a profesionales médicos cualificados (QMP, según se definen anteriormente) para prestar servicios de medicina deportiva (también definidos anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de las actividades deportivas, y que, en determinadas ocasiones, se llevan a cabo actividades deportivas fuera de las instalaciones de la escuela o del distrito, durante las cuales otros profesionales médicos cualificados son responsables de prestar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente, doy mi consentimiento para que dicho profesional médico cualificado (QMP) preste servicios de medicina deportiva al menor arriba mencionado. El QMP podrá tomar decisiones sobre el retorno a la actividad deportiva de conformidad con el ámbito de práctica definido por la licencia estatal correspondiente, salvo que la legislación de Arizona disponga lo contrario. Asimismo, comprendo que el profesional médico cualificado (QMP, por sus siglas en inglés) podrá conservar la documentación relativa a cualquier servicio de medicina deportiva prestado al menor arriba mencionado. Por la presente, autorizo al QMP que preste dichos servicios al menor a divulgar información sobre la lesión o enfermedad, la evaluación, el estado, el tratamiento, la rehabilitación y la situación de aptitud para reanudar la práctica deportiva del atleta a aquellas personas que, a juicio profesional del QMP, deban disponer de dicha información para garantizar un tratamiento y una recuperación óptimos de la lesión o enfermedad, así como para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que dichas divulgaciones pueden realizarse a los entrenadores, al director deportivo, a la enfermera escolar y a cualquier maestro que deba proporcionar adaptaciones académicas para garantizar la recuperación y el regreso seguro a la actividad del estudiante deportista, así como a cualquier profesional médico cualificado (QMP) a cargo de su tratamiento.

Si el padre/madre/tutor considera que el menor necesita tratamiento adicional o servicios de rehabilitación para la lesión o enfermedad, el menor podrá ser atendido por el médico o proveedor de su elección. No obstante, comprendo que todas las decisiones relativas a la reanudación de la actividad el mismo día tras una lesión o enfermedad serán tomadas por el profesional médico cualificado (QMP) empleado o designado por la escuela, el distrito o la AIA.

Fecha: _____ Firma: _____

For More Information Regarding Student-Athlete Mental Health

988 SUICIDE & CRISIS
LIFELINE

Athlete Helpline

888•279•1026
athletehelpline.org

Text

Call

Chat

- Athletes
- Coaches
- Parents
- Sports Communities

