INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA - MANTENER CONFIDENCIAL

Kansas State High School Activities Association - KSHSAA

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

ESTUDIANTES/PADRES

1. ☐ Complete el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) y la sección superior del Formulario del Elegibilidad Médica (página4) ANTES de su cita con su proveedor de servicios médicos.
2. ☐ Firme al final del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) DESPUÉS que se haya completado el examen físico previo a la participación y ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
3. ☐ Revise la Lista de Verificación de Elegibilidad del Estudiante (página 5) Y FIRME al final de la página ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
4. ☐ Revise y firme el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza proporcionado por la escuela

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

1. ☐ Revise el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) con el estudiante y su padre/tutor como parte del examen físico previo a la participación.
2. ☐ Revise los Recordatorios para Médicos en la parte superior de la página 3 y complete el Formulario de Examen Físico.
3. ☐ Revise la Información del Estudiante en la parte superior de la página 4, complete el Formulario de Elegibilidad Médica Y FIRME la página 4.

El formulario PPE pasa a formar parte del expediente del estudiante en su escuela y no debe enviarse a KSHSAA.

ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA Y PERSONAL MÉDICO ESCOLAR

1. ☐ Recolecte los formularios PPE completos con las firmas pertinentes en las páginas 4 y 5. ÚNICAMENTE el personal con una necesidad médica o educativa para revisar esta información debe tener acceso al formulario de PPE. Los formularios deben mantenerse seguros y confidenciales en todo momento. Los entrenadores NO deben recoger el PPE en la práctica.
2. ☐ Según la norma de su escuela, determine qué personal médico o personal administrativo responsable de revisar y difundir la información médica del estudiante provista en el formulario. [Garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)]*
3. ☐ Provea copias del Formulario de Elegibilidad Médica al personal apropiado con responsabilidad supervisora de las actividades extracurriculares (entrenadores, patrocinadores, etc.).
4. ☐ Recolecte el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza firmado por el estudiante y el padre/tutor.

* Se anima a las escuelas a tener normas vigentes que identifiquen quién tiene acceso completo a la información de salud privada de un estudiante que se encuentra en el formulario PPE. El Formulario de Elegibilidad Médica puede ser usado de manera independiente para compartir con el personal que no necesite acceso completo a la información de salud privada que se encuentra en el formulario PPE.

NOTA: Al proporcionar información del PPE a la escuela, el padre/tutor puede optar por entregar el PPE completo o solo las páginas 4 y 5.

El historial y el examen físico anual no se deben tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable. La KSHSAA recomienda que los atletas/porristas completen esta evaluación al menos un mes antes de la primera práctica para dar tiempo a la corrección de deficiencias y a la implementación de las recomendaciones de acondicionamiento.

INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA - MANTENER CONFIDENCIAL

Kansas State High School Activities Association - KSHSAA

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN - PPE

El PPE se requiere anualmente y no se debe tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable.

Pages 1-4 are adapted from PPE: Preparticipation Physical Evaluation, 5th Edition, © 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for Non-commercial educational purposes with acknowledgment.

FORMULARIO DEL HISTORIAL *(Las páginas 1 y 2 deben ser completadas por el estudiante y el **padre/tutor** antes del examen físico)*

Nombre *sexo al nacer Edad Fecha de nacimiento

Grado Escuela Deporte(s)

Dirección Teléfono

Médico personal Email del padre

*En casos de trastorno del desarrollo sexual (DSD), la designación del sexo al nacer puede retrasarse por un período de tiempo hasta que los proveedores médicos y la familia puedan tomar la determinación adecuada.

El estudiante y los padres/tutores deben completar las páginas 1 y 2 juntos. Explique las respuestas "sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES:	SI	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar con su médico?	☐	☐
2. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	☐	☐
3. ¿Tiene algún problema médico actualmente o enfermedad reciente?	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE USTED RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	**SI**	**NO**
5. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmaya durante o después del ejercicio?	☐	☐
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐
7. ¿Alguna vez su corazón se ha acelerado, latido fuerte o no ha latido (latidos irregulares) durante el ejercicio?	☐	☐
8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema del corazón?	☐	☐
9. ¿Alguna vez un médico ha requerido un examen de su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	☐	☐
10. ¿Se ha sentido un poco mareado o sin aliento comparado con sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	**SI**	**NO**
12. ¿Algún miembro de la familia o pariente falleció por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?	☐	☐
13. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (MCH), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía ventricular derecha arrítmica (ARVC), el síndrome QT largo (LQTS), el síndrome QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la catecolaminérgica ¿Taquicardia ventricular polimórfica (TVPC)?	☐	☐
14. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES:	**SI**	**NO**
15. ¿Alguna vez ha tenido una fractura o lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o juego?	☐	☐
16. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?	☐	☐
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que haya requerido rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones o terapia?	☐	☐
18. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o afección en la columna (cervical, torácica, lumbar)?	☐	☐
19. ¿Usa regularmente o ha tenido una lesión que requirió el uso de aparatos ortopédicos, muletas, yeso, u otro dispositivo de asistencia?	☐	☐
20. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que le molesta?	☐	☐
21. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil, otras enfermedades autoinmunes u otras afecciones genéticas congénitas (ejemplo, Síndrome de Down o enanismo)	☐	☐

INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA - MANTENER CONFIDENCIAL

KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

PREGUNTAS MÉDICAS:	SI	NO
22. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐
23. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamento para el asma?	☐	☐
24. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), su bazo u otros órganos?	☐	☐
25. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, una protuberancia, un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?	☐	☐
26. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono)?	☐	☐
27. ¿Tiene salpullidos recurrentes en la piel o infecciones cutáneas que van y vienen, incluido el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	☐	☐
28. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántos?		
¿Cuál es el tiempo más largo que tardó en recuperarse por completo?		
¿Cuándo fue dado de alta por última vez?		
29. ¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio?	☐	☐
30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos (incluidos los aguijones / quemadores) o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haberse golpeado o caído?	☐	☐
31. ¿Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio bajo el calor?	☐	☐
32. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?	☐	☐
33. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐
34. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la vista?	☐	☐
35. ¿Usa anteojos protectores, como gafas o una careta?	☐	☐
36. ¿Le preocupa su peso?	☐	☐
37. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?	☐	☐
38. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	☐	☐
39. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	☐	☐
40. ¿Cómo identifica actualmente su genero/sexo? ☐ M ☐ F ☐ Otro		

41. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? *(marque la caja)*	NINGUNA VEZ	VARIOS DÍAS	LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DÍAS
Sentirse nervioso, ansioso o tenso	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
No poder parar o controlar las preocupaciones	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Poco interés o placer en hacer las cosas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Sentirse bajo, deprimido o desesperado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

(Una suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección) Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

MUJERES ÚNICAMENTE:	SI	NO
42. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?	☐	☐
43. En caso afirmativo, ¿está experimentando algún problema o cambio con la participación en deportes? (ejemplo, irregularidad, dolor, etc.)	☐	☐
44. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
45. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
46. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique aquí todas las respuestas "Sí"

PRIVATE HEALTH INFORMATION - KEEP CONFIDENTIAL

KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name **Date of birth**

Date of recent immunizations: **Td** **Tdap** **Hep B** **Varicella** **HPV** **Meningococcal**

PHYSICIAN REMINDERS

1. **Review the health history on pages 1 & 2 AND the student information section on page 4, prior to the exam.**
2. **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 adhere to safe sex practices?
3. **Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14 of History Form).**
4. **Per Kansas statute, any school athlete who has sustained a concussion shall not return to competition or practice until the athlete is evaluated by a healthcare provider and the healthcare provider (MD or DO only) provides such athlete a written clearance to return to play or practice.**
5. **Per Kansas Statute, students indicated as biological male at birth may not participate on girls teams.**

EXAMINATION		
Height Weight Male ☐ Female ☐ BP *(reference gender/height/age chart)***** / (/) Pulse		
Vision R 20/ L 20/ Corrected: Yes ☐ No ☐		
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/throat - Pupils equal, Gross Hearing		
Lymph nodes		
Heart * - Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Pulses - Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin - Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus* aureus (MRSA), or tinea corporis		
Neurological***		
Genitourinary (optional-males only)**		
MUSCULOSKELETAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional - e.g. double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those. **Consider GU exam if in appropriate medical setting. Having third party present is recommended. ***Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a significant history of concussion. ****Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

Healthcare Providers: You must complete the Medical Eligibility Form on the following page

PRIVATE HEALTH INFORMATION - KEEP CONFIDENTIAL

KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM – PARENT/STUDENT SECTION

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: *sexo al nacer: Grado:

Dirección: Estatura: Peso:

Teléfono de casa: Email del padre:

Contacto(s) de emergencia: Teléfono:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	SI	NO		SI	NO
¿Tiene alguna condición médica actual o pasada que la escuela deba tener en cuenta?	☐	☐	¿Alguna vez ha sufrido un golpe de calor o se ha sentido enfermo mientras hacía ejercicio en el calor?	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez una cirugía?	☐	☐	¿Tienes asma?	☐	☐
¿Tienes alguna alergia?	☐	☐	En caso afirmativo, ¿utiliza un inhalador?	☐	☐
¿Tiene algún problema cardíaco/corazón?	☐	☐	¿Tiene usted o algún miembro de su familia un rasgo o enfermedad de células falciformes?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	☐	☐	¿Te falta algún órgano?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral?	☐	☐	¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital?	☐	☐
¿Tienes diabetes?	☐	☐	¿Está usted tomando actualmente algún medicamento recetado?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿toma usted insulina?	☐	☐	¿Estás tomando actualmente algún suplemento nutricional?	☐	☐

Explique aquí todas las respuestas "SÍ"

HEALTHCARE PROVIDER SECTION

☐ Medically eligible for all sports without restriction.

☐ Medically eligible for all sports without restriction. **Recommend further evaluation/treatment (see comments below*).**

☐ Medically eligible for certain sports **(see comments below*).**

☐ Not medically eligible for any sports. ☐ Not medically eligible for any sports pending further evaluation **(see comments below*).**

* Comments/Recommendations

I have reviewed all patient information provided and completed the preparticipation physical examination of the student named on this form. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form, except as indicated above. 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).

X Name of healthcare provider (print or type): Date of Examination:

X Signature of healthcare provider: MD, DO, DC, PA-C, APRN

Provider address: Provider phone:

Consentimiento del Padre o Tutor

Para ser elegible para participar en grupos de atletismo/deportes interescolares, un estudiante debe tener en el archivo del superintendente o director, una declaración firmada por un médico, quiropráctico, asistente médico autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, o un enfermero registrado de práctica avanzada autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, certificando que el estudiante ha pasado un examen físico adecuado y está físicamente en condiciones para participar (consulte el Manual de KSHSAA, Regla 7). Se deberá completar anualmente un historial de salud y un examen físico antes de que un estudiante participe en KSHSAA deportes/porristas interescolares.

No conozco ninguna razón física o de salud adicional existente que impida la participación en actividades. Certifico que las respuestas a las preguntas a la parte del HISTORIA del Examen Físico Previo a la Participación (PPE) son verdaderas y precisas. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo.
Apruebo la participación en actividades. Por la presente autorizo la divulgación de la información contenida en este documento a KSHSAA, a la enfermera escolar, entrenador atlético certificado (ya sea empleado o contratista independiente de la escuela), administradores escolares, entrenador y al proveedor médico. A petición por escrito, yo pudiera recibir una copia de este documento para mis propios récords de salud.

Reconozco que existen riesgos de participación, incluida la posibilidad de lesiones catastróficas. Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente compita en actividades aprobadas por KSHSAA, y acompañe a los representantes escolares en los viajes escolares y reciba tratamiento médico de emergencia cuando sea necesario. Se entiende que ni KSHSAA ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de accidente. El abajo firmante acepta ser responsable de la devolución segura de todo el equipo provisto por la escuela al estudiante.

X Firma del padre/tutor: Fecha: Teléfono:

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

PADRES Y ESTUDIANTES: LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE KSHSAA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ *(EN LETRA IMPRENTA)*

NOTE: La Regla 18 de Transferencia establece en parte, que un estudiante es elegible para transferencia si:

ESTUDIANTES COMENZANDO SÉPTIMO GRADO: Un estudiante de séptimo grado, al comienzo de su séptimo grado, es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela a la que escoja asistir. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

ESTUDIANTES COMENZANDO NOVENO GRADO EN UNA ESCUELA PREPARATORIA DE TRES AÑOS: Para que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de tres años reciban el mismo trato que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de cuatro años, un estudiante que haya completado exitosamente el octavo grado en una escuela intermedia de dos años, podrá ser transferido al noveno grado de una escuela preparatoria de tres años al comienzo del año escolar y ser elegible inmediatamente bajo la Regla de Transferencia. Dicho estudiante de noveno grado debe entonces, como estudiante de décimo grado, asistir a la escuela preparatoria correspondiente de su sistema escolar. Si asistieran a una escuela diferente como estudiantes de décimo grado, no serían elegibles por dieciocho semanas.

ESTUDIANTES ENTRANDO A LA ESCUELA PREPARATORIA POR PRIMERA VEZ: Un estudiante de escuela preparatoria es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela preparatoria a la que escoja asistir, siempre que entre por primera vez a la escuela preparatoria al comienzo del año escolar. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

Para que los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria retengan la elegibilidad

Las escuelas pueden tener reglas más estrictas que las relativas a las preguntas anteriores o a las listadas a continuación. Contacte al director o entrenador sobre cualquier asunto de elegibilidad. Un estudiante elegible para participar en actividades interescolares debe estar certificado por el director de la escuela como que cumple con todos los estándares de elegibilidad.

Todas las reglas y regulaciones de KSHSAA se publican en el Manual oficial de KSHSAA que se distribuye anualmente a las escuelas y está disponible en www.kshsaa.org.

Lo siguiente es un resumen breve de las reglas seleccionadas. Por favor comuníquese con su director para información más completa.

Regla 7 **Examen físico - Consentimiento de los padres:** Los estudiantes deben pasar el **examen físico que se adjunta** y tener el consentimiento por escrito de sus padres o tutores legales.

Regla 14 **Buen estudiante:** Los estudiantes elegibles deben estar académicamente en regla en su escuela y con buenas calificaciones.

Regla 15 **Inscripción/Asistencia:** Los estudiantes deben estar regularmente **matriculados y en asistencia** a más tardar el lunes de la cuarta semana del semestre en el cual participan.

Regla 16 **Requisitos del semestre:** Un estudiante no deberá tener más de dos semestres de elegibilidad posible en el séptimo grado y dos semestres en el octavo grado. Un estudiante no deberá tener más de ocho semestres consecutivos de posible elegibilidad en los grados nueve a doce, independientemente de si el noveno grado está incluido en la escuela intermedia o preparatoria. *NOTA: Si un estudiante no participa o no es elegible debido a transferencia, beca, etc., el semestre(s) durante ese período se contará para el número total de semestres posibles.*

Regla 17 **Requisitos de edad:** Los estudiantes son elegibles si son menores de 19 años de **edad** (16, 15 o 14 para estudiantes de escuela intermedia) para o antes del 1° de agosto del año escolar en el que compiten.

Regla 19 **Influencia indebida:** El uso de **influencia indebida** por parte de cualquier persona para asegurar o retener a un estudiante causará su inelegibilidad. Si se cobra o reduce la matrícula, deberá cumplir con los requisitos de KSHSAA.

Reglas 20/21 **Reglas de aficionado y recompensas:** Los estudiantes son elegibles si no han **competido bajo un nombre falso** o por dinero o mercancía de valor intrínseco, y han observado todas las demás disposiciones de las Reglas de Aficionado y Recompensas.

Regla 22 **Competencia externa:** Los estudiantes no pueden participar en **competencias externas** en el mismo deporte durante una temporada en la que representan a su escuela. *NOTA: Consulte al entrenador, director deportivo o director antes de participar individualmente o en un equipo en cualquier juego, sesión de entrenamiento, concurso o prueba realizada por una organización externa.*

Regla 25 **Anti-Fraternidad:** Los estudiantes son elegibles si no son miembros de una **fraternidad** u organización prohibida por la ley o por las reglas de la KSHSAA.

Regla 26 **Anti-Pruebas de clasificación (tryouts) e instrucción privada:** Los estudiantes no son elegibles si participan en **entrenamientos o pruebas de clasificación** realizadas por universidades u otras agencias u organizaciones externas en el mismo deporte mientras son miembros del equipo deportivo de la escuela.

Regla 30 **Temporadas de deporte:** los estudiantes no son elegibles para más de **cuatro temporadas** en un deporte en una escuela preparatoria de cuatro años, tres temporadas en una escuela preparatoria de tres años o dos temporadas en una escuela preparatoria de dos años.

Para determinar la elegibilidad de los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria al inscribirse

Si se da una respuesta negativa a cualquiera de las siguientes preguntas, el estudiante inscrito deberá comunicarse con su administrador encargado de evaluar la elegibilidad. Esto debe hacerse antes de que el estudiante pueda asistir a su primera clase y antes de la primera práctica de deportes. Si aún existen preguntas, el administrador de la escuela deberá llamar por teléfono a KSHSAA para una determinación final de elegibilidad. (Las escuelas procesarán un Certificado de Transferencia, Formulario T-E, para todos los estudiantes transferidos).

	SI	NO	
1.	☐	☐	¿Es usted un **buen estudiante** con buenas calificaciones? (Si hay alguna pregunta, su director tomará la determinación).
2.	☐	☐	¿**Aprobó** usted por lo menos **cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)** en el semestre pasado? *(KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que apruebe por lo menos cinco materias fundamentales en su último semestre de asistencia).*
3.	☐	☐	¿Está planeando **inscribirse en por lo menos cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)** fundamentales este próximo semestre? *(KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que se inscriba y esté en asistencia en por lo menos cinco materias fundamentales).*
4.	☐	☐	¿Asistió a esta escuela o a una escuela del área en su distrito el semestre pasado? *(Si responde "no", por favor responda las secciones a y b).*
	☐	☐	**a.** ¿Reside usted con sus padres?
	☐	☐	**b.** Si reside con sus padres, ¿se han mudado de manera permanente y de buena fe al área de asistencia de su escuela?

El estudiante mencionado arriba y yo hemos leído la Lista de Verificación de Elegibilidad de KSHSAA y cómo retener la información de elegibilidad listada en este formulario. El estudiante/padre autorizan a la escuela para revelar a KSHSAA los récords del estudiante y otros documentos e información pertinentes para determinar la elegibilidad del estudiante. El estudiante/padre también autorizan a la escuela y a KSHSAA para publicar el nombre y foto del estudiante como resultado de participar o asistir a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o evento de KSHSAA.

X **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha** _____

Firma del estudiante _____ **Grado** _____ **Fecha** _____

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

¿Qué puede suceder si mi hijo sigue jugando con una contusión o regresa demasiado pronto?

Los atletas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados inmediatamente del juego. Si continúan jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral hace que el joven atleta este especialmente vulnerable a una mayor lesión. Hay un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produzca esa conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera (síndrome del segundo impacto).
Esto puede conducir a una recuperación prolongada, o incluso inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los adolescentes o atletas adolescentes a menudo no informan de síntomas de lesiones, y las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, administradores de la escuela, entrenadores, padres y estudiantes son la clave para la seguridad del estudiante atleta.

Si usted piensa que su hijo/a ha sufrido una concusión

Cualquier atleta aunque solo se sospeche de haber sufrido una conmoción cerebral debe retirarse del juego o práctica inmediatamente y se debe organizar una derivación urgente a un proveedor de atención médica (si no está alguna en el sitio). Ningún atleta puede regresar a la actividad después de sufrir una conmoción cerebral, independientemente de cómo leve se vea o qué tan rápido los síntomas desaparecieron, sin una autorización escrita por un Doctor (MD) o un Doctor en Medicina de Osteopatía (DO). Observación detallada del atleta debe continuar durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que su hijo puede tener una conmoción recuerde es mejor perderse un partido que pierda toda la temporada. **¡En caso de duda, el atleta no juega!**

Reposo Cognitivo & Regreso a Aprender

El primer paso en la recuperación de una conmoción cerebral es el reposo relativo durante las primeras 24 a 48 horas. Durante este tiempo, los estudiantes pueden participar en actividades de la vida diaria y realizar actividad física ligera, como caminar, siempre que los síntomas no se exacerben más que levemente durante un período breve (menos de una hora). También se recomienda reducir el tiempo frente a la pantalla durante el primer o segundo día después de la lesión. Se debe alentar a los estudiantes a regresar a una rutina normal lo más rápido posible, tolerando una leve exacerbación de los síntomas con la actividad mental.

Es posible que los estudiantes necesiten ajustes en su carga de trabajo académico durante un corto período de tiempo mientras se recuperan de una conmoción cerebral. Intentar cumplir con todos los requisitos académicos demasiado pronto después de sufrir una conmoción cerebral puede exacerbar más que levemente los síntomas y retrasar la recuperación. Cualquier modificación académica debe coordinarse conjuntamente entre los proveedores médicos del estudiante y el personal de la escuela. Para minimizar las perturbaciones académicas y sociales, en la mayoría de los casos se recomienda que los estudiantes no estén completamente aislados, ni siquiera por un período corto de tiempo. Más bien, los estudiantes deben continuar participando en actividades de la vida diaria que no exacerben más que levemente los síntomas de la conmoción cerebral.

Regreso a Práctica y Competencia

La ley de Prevención de Lesiones Deportivas en la Cabeza en las Escuelas de Kansas (72-7119) dice que si un estudiante sufrió, o que se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza durante una competencia o práctica, debe ser retirado inmediatamente de la competencia o práctica y no puede regresar a la práctica o competencia hasta que un Proveedor de Atención Medica lo ha evaluado y provee una autorización por escrito para que pueda regresar a practica o competencia.
El KSHSAA recomienda que un atleta no deba volver a la práctica o competencia el mismo día que el atleta sufre o se sospecha que sufre una conmoción cerebral. El KSHSAA también recomienda que el atleta regrese a la práctica o competencia debe seguir un protocolo de un regreso gradual bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (MD o DO).

Para información reciente y al día acerca de conmociones cerebrales entre en:
http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html

Para información conmociones cerebrales y recursos educativos recopilados por KSHSAA, entre en:
http://www.kshsaa.org/Public/General/ConcussionGuidelines.cfm

Nombre escrito del Estudiante Deportista	Firma del Estudiante Deportista	Fecha
Nombre escrito del Padre/Tutor Legal	Firma del Padre/Tutor Legal	Fecha

Las partes en el presente documento aceptan que una firma electrónica se destina a hacer este escrito efectivo y vinculante y que tiene la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita.

Contrato de Actividades/ Consentimiento De los Padres & Exoneración de Seguro

ESTUDIANTE

Yo he leído y entiendo las reglas y regulaciones establecidas en el Manual de Actividades y he leído el Código de Ética.

Como miembro de una actividad representando a USD 445, Yo estoy de acuerdo de comportarme en todo momento de acuerdo con las disposiciones establecidas en el mismo.

FIRMA:_____ FECHA: _____
(Estudiante)

PADRE/TUTOR

Como padre/tutor de un miembro de una actividad de USD 445, Yo he leído y entiendo los contenidos del Manual de Actividades.

EXENCIÓN DE SEGURO ESCOLAR DE USD 445

El Distrito Escolar Unificado #445 no ofrece seguro para pagar tratamiento médico por accidentes de los estudiantes. Por la presente reconozco que esta información me ha sido presentada por USD #445.

Yo también reconozco que USD #445 me ha presentado la información sobre la compra de seguro de estudiante a través de Health Wave y una Cobertura Suplementaria de Deportes.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(Padre/Tutor)

USD 445
CODIGO DE CONDUCTA

Yo acepto responsabilidad de mi comportamiento en y fuera del campo de juegos. Yo entiendo que lo que yo haga y diga afecta a mis compañeros de equipo, la Familia Nado, la comunidad y muchas otras personas, no solamente a mí. Esto no sólo incluye el mantenimiento de mis calificaciones y evitar el consumo de alcohol y drogas, sino que también implica cómo trato a otros estudiantes en los pasillos y todas las demás interacciones sociales.

Actuaré con empatía. No voy a estar involucrado en un comportamiento que hiere a otros, a los a los débiles, intimida a otros, o "patea a alguien cuando están abajo."

Estaré a tiempo para todas las prácticas, juegos, reuniones, y especialmente el aula, sin que me pregunten, porque respeto el valioso tiempo de mis entrenadores, compañeros de equipo y maestros.

Me aseguraré de servir cualquier detención u otras acciones disciplinarias escolares de manera oportuna.

Seguiré todas las reglas y procedimientos que establezca mi entrenador y mi escuela. Para ganar respeto reconozco que primero debo darlo, y que mis acciones hablan más fuerte que mis palabras. Además, cumpliré con todos los estándares académicos establecidos por mi escuela y mi equipo.

He leído y entiendo la política de pruebas de drogas y estoy completamente de acuerdo, sabiendo que las sustancias ilegales son dañinas y perjudiciales para mi equipo, mi familia y mi escuela.

He leído y entiendo la política de pruebas de drogas y estoy completamente de acuerdo, sabiendo que las sustancias ilegales son dañinas y perjudiciales para mi equipo, mi familia y mi escuela.

Lideraré con valentía y viviré con integridad al hablar en contra de la injusticia actuando en nombre de los demás, aun cuando sea difícil o impopular.

Serviré como modelo a seguir en todo momento hablando cortésmente y actuando cortésmente hacia compañeros de equipo, entrenadores, oponentes, funcionarios, profesores, etc. Representaré a mi equipo con orgullo.

Mostraré honor y buena deportividad en la competición – reconociendo y aplaudiendo el esfuerzo de los demás, animando a mis compañeros con declaraciones positivas, absteniéndose de jactarse o "hablar basura", reconoce que sólo hay un entrenador en jefe y eso es no yo, y aceptar la victoria o la derrota con gracia.

Por qué representó a mi familia, a USD 445, y a mi equipo en todo momento, Me comprometo a vivir de la anterior Código de Conducta del Jugador a través de mis acciones, palabras y pensamientos todos los días. Cualquier violación puede dar lugar a que mi entrenador y/o Administración tome medidas.

_____ _____/_____/_____

USD 445

Medicina Deportiva en Coffeyville

Autorización para divulgar información

☐ Por la presente autorizo a USD 445 Athletics a divulgar/obtener registros médicos personales en caso de una emergencia al hospital, al médico del equipo, a los médicos, al entrenador atlético u otro proveedor de servicios médicos para mantener el bienestar de mi/hijo/hija. De acuerdo con FERPA* e HIPAA**, esta información debe ser divulgada/obtenida con la condición de que USD 445 Athletics no permita que ninguna otra parte acceda a la información sin el consentimiento expreso por escrito mío o de otra parte legalmente responsable.

☐ Autorizo a los médicos, hospitales, a la enfermera escolar o a cualquier otro proveedor de servicios médicos a divulgar la información médica adquirida en el curso de mi examen o tratamiento al entrenador atlético de USD 445 con el fin de informar sobre el estado médico, la atención y la elegibilidad para regresar a los deportes.

☐ Reconozco y autorizo que cualquier información de salud protegida divulgada u obtenida por los entrenadores de atletismo de USD 445 puede divulgarse dentro de USD 445 Athletics, el personal de entrenamiento de USD 445, el médico del equipo, la enfermera escolar o cualquier otro proveedor de servicios médicos con fines de tratamiento.

☐ Reconozco que USD 445 Athletics no está autorizado a divulgar ninguna información médica a los medios de comunicación, personal de información deportiva y/o cualquier otra entidad no cubierta de acuerdo con las pautas de FERPA* e HIPAA** a menos que primero se obtenga un formulario de autorización firmado. Esta autorización caduca 1 año después de la fecha de firma. Soy consciente de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

Nombre impreso del estudiante atleta:_____.

Firma del atleta:_____. Fecha:_____.

Firma de los padres:_____ Fecha:_____

USD 445 FORMULARIO DE EMERGENCIA ATLÉTICA

(Escriba o escriba con claridad)

Nombre del estudiante _____ : Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre / Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono celular de la madre: _____ Correo electrónico de la madre: _____

Teléfono celular del padre: _____ Correo electrónico del padre: _____

Dos personas a las que usted recomienda que llamemos en caso de que no podamos localizarle:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Preferencia de los médicos:

1. _____ Teléfono: _____

2. _____ Teléfono: _____

Preferencia del Hospital: _____

Yo/Nosotros, el tutor abajo firmante del menor, por la presente autorizo cualquier diagnóstico o tratamiento de rayos X, anestésico, dental, médico o quirúrgico que se considere aconsejable por: (1) un médico con licencia, o (2) entrenador, entrenador y / o funcionario de la escuela secundaria que esté bajo custodia temporal del menor mencionado anteriormente. Yo/Nosotros, los abajo firmantes, también divulgamos información médica al entrenador, preparador físico y/o funcionario de la escuela secundaria para ayudar en la recuperación del atleta.

_____

Fecha de firma del padre/tutor

Información médica

¿Enfermedad grave? _____

¿Medicamentos? _____

¿Alergias a los medicamentos? _____

Lesiones o problemas previos - Cabeza: _____ Cuello: _____ Calor: _____ Otro: _____

Úselo mientras juega - Lentes de contacto: _____ Gafas: _____
Aparatos ortopédicos: _____ Retenedor: _____

Enumere los deportes que practicará este año: _____

_____