Hamshire
Fannett Independent School District

Hamshire-Fannett High School
P.O. Box 223
Hamshire, Texas 77622

Phone (409) 243-2131
Fax (409) 243-2518

3/22/26

Parents/Guardians,

Hamshire-Fannett Urgent Care will be on campus performing Pre-Participation Physicals for High School athletes/band members on Wednesday, April 1st, and for Middle School athletes/band members on Thursday, April 2nd. Physicals will start during the 1st period and will run according to grade level. **All accompanying paperwork must be filled out and signed before the physical. Please use black ink only (do not use pencil).** The cost is $20.00 cash or check. Hamshire- Fannett Urgent Care will donate all profits to Hamshire-Fannett Athletics. **Please make checks payable to Hamshire-Fannett Urgent Care.**

> **All physicals for the 2026/2027 school year must be in 2026. This means no physical can be dated 2025 to participate in 2026/2027 extracurricular activities. All physicals must be done on the most recent UIL preparticipation physical evaluation form. It must have 2026 in the upper-right corner. HFISD requires a yearly physical for all athletic, cheer, and band participation, including the athletic/band period. All of the physical packets must be completed before participation.**

If your child has an ongoing medical condition such as diabetes, sickle cell, or a cardiovascular condition, please bring your child to their primary health care provider for this year's physical. Please contact me if you have any questions or concerns.

Thank you,

Gabrielle Rebecca LAT, ATC
Head Athletic Trainer
Hamshire-Fannett High School
(409) 659-0652
grebecca@hfhorns.net

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – MEDICAL HISTORY

2026

This **MEDICAL HISTORY FORM** must be completed ***annually*** by parent (or guardian) and student in order for the student to participate in activities. These questions are designed to determine if the student has developed any condition which would make it hazardous to participate in an event.

Student's Name: (print) _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Address _____ Phone _____

Grade _____ School _____

Personal Physician _____ Phone _____

In case of emergency, contact:

Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ (W) _____

Explain "Yes" answers in the box below**. Circle questions you don't know the answers to.

		Yes	No
1.	Have you had a medical illness or injury since your last check up or physical?	☐	☐
2.	Have you been hospitalized overnight in the past year?	☐	☐
	Have you ever had surgery?	☐	☐
3.	Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?	☐	☐
	Have you ever passed out during or after exercise?	☐	☐
	Have you ever had chest pain during or after exercise?	☐	☐
	Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?	☐	☐
	Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?	☐	☐
	Have you had high blood pressure or high cholesterol?	☐	☐
	Have you ever been told you have a heart murmur?	☐	☐
	Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexplained death before age 50?	☐	☐
	Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelpathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?	☐	☐
	Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?	☐	☐
	Has a physician ever denied or restricted your participation in activities for any heart problems?	☐	☐
4.	Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐
	Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?	☐	☐
	If yes, how many times? _____		
	When was your last concussion? _____		
	How severe was each one? (Explain below)		
	Have you ever had a seizure?	☐	☐
	Do you have frequent or severe headaches?	☐	☐
	Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?	☐	☐
	Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	☐	☐
5.	Are you missing any paired organs?	☐	☐
6.	Are you under a doctor's care?	☐	☐
7.	Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication or pills or using an inhaler?	☐	☐
8.	Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insects)?	☐	☐
9.	Have you ever been dizzy during or after exercise?	☐	☐
10.	Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?	☐	☐
11.	Have you ever become ill from exercising in the heat?	☐	☐
12.	Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐

		Yes	No
13.	Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?	☐	☐
	Do you have asthma?	☐	☐
	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?	☐	☐
14.	Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your activity or position (for example, knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?	☐	☐
15.	Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?	☐	☐
	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?	☐	☐
	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?	☐	☐

If yes, check appropriate box and explain below:

☐ Head	☐ Elbow	☐ Hip
☐ Neck	☐ Forearm	☐ Thigh
☐ Back	☐ Wrist	☐ Knee
☐ Chest	☐ Hand	☐ Shin/Calf
☐ Shoulder	☐ Finger	☐ Ankle
☐ Upper Arm	☐ Foot	

		Yes	No
16.	Do you want to weigh more or less than you do now?	☐	☐
17.	Do you feel stressed out?	☐	☐
18.	Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐

Females Only ☐ I choose not to provide written information on Question 19 but will discuss with a medical professional:

19. When was your first menstrual period? _____
When was your most recent menstrual period? _____
How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? _____
How many periods have you had in the last year? _____
What was the longest time between periods in the last year?

Males Only ☐ I choose not to provide written information on Question 20 but will discuss with a medical professional:

20. Are you missing a testicle? _____
Do you have any testicular swelling or masses? _____

☐ **OPTIONAL: An electrocardiogram (ECG) is not required. By marking this box, I choo to obtain an ECG for my student. I understand it is the responsibility of my family to schedule and pay for such an ECG. I have read and understood the information about cardiac screening on the UIL Sudden Cardiac Arrest Awareness Form.**

EXPLAIN 'YES' ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):

It is understood that even though protective equipment is worn by athletes, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student.

If, between this date and the beginning of participation, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the UIL

Student Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Any Yes answer to questions 1, 2, 3, 4, 5, or 6 requires further medical evaluation which may include a physical examination. Written clearance from a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner is required before any participation in UIL practices, games or matches. THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

2026

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO *cada año*** para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta)_____Sexo:_____Edad:_____Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____Teléfono:_____

Grado:_____Escuela: _____

Médico personal_____Teléfono:_____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre:_____Parentesco:_____Teléfono: (C)_____(T)_____

		Sí	No
1.	¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	☐	☐
2.	¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año?	☐	☐
	¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	☐	☐
3.	¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas?	☐	☐
	¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
	¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
	¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐
	¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	☐	☐
	¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antesde los 50 años?	☐	☐
	¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐
	¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	☐	☐
	¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	☐	☐
		☐	☐
4.	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐
	¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?		
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____		
	¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____	☐	☐
	¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)		
	¿Alguna vez ha convulsionado?	☐	☐
	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐
	¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido,,irritado o pinzado?	☐	☑
5.	¿Le falta algún órgano par?	☐	☐
6.	¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	☐	☐
7.	¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador?	☐	☐
8.	¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	☐	☐
9.	¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
10	¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐
		☐	☐
11	¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐
12	¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐

		Sí	No
13.	¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	☐	☐
	¿Tiene asma?	☐	☐
	¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	☐	☐
14.	¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
	¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	☐	☐
		☐	☐
15.	¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐

En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:

☐ Cabeza	☐ Codo	☐ Pie
☐ Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
☐ Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
☐ Pecho	☐ Mano	☐ Tobillo
☐ Hombro	☐ Canilla/Pantorrilla	☐ Dedo
☐ Brazo		

16	¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora?	☐	☐
17.	¿Se siente estresado?	☐	☐
18.	¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐

Solo mujeres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional medico

19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____

¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____

¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____

¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____

¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año?

Solo hombres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional medico

20 ¿Tiene dos testículos?_____

Tiene hinchazón o masas en los testículos?_____

☐ **OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.**

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: Firma del padre o tutor: Fecha:

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta:_____Fecha:_____Firma: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante:_____ Sexo:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Talla:_____ Peso:_____ Porcentaje de grasa corporal (opcional):_____ Pulso:_____ PA:____/____ (____/____, ____/____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/_____ I 20/___ Corregida: ☐ Sí ☐ No Pupilas: ☐ Iguales ☐ Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, ***debe*** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. **** La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.***

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres) si está indicado			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

*** Solo para los exámenes que se realizan en estaciones**

AUTORIZACIÓN

☐ Autorizado

☐ Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para:_____

_____

☐ No autorizado para:_____ Razón:_____

Recomendaciones:_____

_____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Firma:_____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.

MEDICAL CONSENT FORM

HAMSHIRE-FANNETT ISD
(PLEASE PRINT)

Name: _____ **Grade:** _____

DOB: _____ **Age:** _____ **Gender:** _____

Address: _____

Father's Name: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____

Mother's Name: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____

Emergency Information:

Who to call in an emergency if parent/guardian cannot be reached:

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____

Allergies to Medicines or others:

_____

Medicine taken regularly:

_____

Are you Diabetic? _____ **Are you on Insulin?** _____

Please indicate ANY medical conditions:

_____

_____

Contacts? _____ **Removable Dental Work?** _____

Family Physician _____ **Phone:** _____

I give consent to any supervising coach, or sponsor of any sport in which my child participating in or in attendance at Hamshire-Fannett ISD, on my behalf and in my stand, to arrange for licensed and certified physicians and/or athletic trainers to render and provide immediate treatment to my child as to injury or illness that may be sustained by my child while participating in such sport, whether directly or indirectly, and whether sustained during practice or in active interscholastic competition, and all without necessity of any further or additional express authorization by me other than for this authorization. I do herby indemnify and save harmless the school and any school or hospital represent from any claim by any person whomsoever on account of such care and treatment. If, between this date and beginning athletic competition or once participation in competition, any illness or injury should occur, I agree to notify the Licensed Athletic Trainer at the student's respective school.

Parent/Guardian Name: _____

Patent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO (SCA)

Los hechos básicos sobre el paro cardíaco súbito

Recursos de sitios web:

Asociación Americana del Corazón: www.heart.org

Autor principal: Arnold Fenrich, MD y Benjamin Levine, MD

Revisores adicionales: Comité Consultivo Médico de la UIL

Revisado 2016

¿Qué es el paro cardíaco súbito?

- Ocurre de repente y, a menudo, sin previo aviso.
- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) palpiten peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación) e interrumpan la capacidad de bombeo del corazón.
- El corazón no puede bombear sangre al cerebro, pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde la conciencia (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte ocurre en minutos si no se trata de inmediato.

¿Qué causa el paro cardíaco súbito?

Condiciones (heredadas de la familia) heredadas presentes en el nacimiento del músculo cardíaco:

Miocardiopatía hipertrófica:– hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de paro cardíaco súbito en atletas en los EE. UU.

Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho– reemplazo de parte del ventrículo derecho por grasa y cicatriz; la causa más común de paro cardíaco repentino en Italia.

Síndrome de Marfan – un trastorno de la estructura de los vasos sanguíneos que los hace propensos a la ruptura; a menudo, asociado con brazos muy largos y articulaciones inusualmente flexibles.

Condiciones heredadas presentes en el nacimiento del sistema eléctrico:

Síndrome de QT largo: anomalía en los canales iónicos (sistema eléctrico) del corazón.

Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y síndrome de Brugada: otros tipos de anormalidades eléctricas que son raras pero se presentan en familias.

Condiciones no heredadas (no heredadasde la familia, pero aún presentes al nacer):

Anormalidades de la arteria coronaria:– anomalía de los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo cardíaco. Esta es la segunda causa más común de paro cardíaco repentino en atletas en los EE. UU.

Anomalías en la válvula aórtica: falla de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) en su desarrollo adecuado; generalmente causa un fuerte soplo cardíaco.

Cardiomiopatía sin compactación:– a una afección en la que el músculo cardíaco no se desarrolla normalmente.

Síndrome de Wolff-Parkinson-White:– una fibra conductora extra está presente en el sistema eléctrico del corazón y puede aumentar el riesgo de arritmias.

Condiciones no presentes en el nacimiento pero adquiridas más adelante en la vida:

Commotio cordis: conmoción del corazón que puede ocurrir al ser golpeado en el pecho con una pelota, disco o puño.

Miocarditis: infección o inflamación del corazón, generalmente, causada por un virus.

Uso de drogas recreativas/de mejora del rendimiento.

Idiopático: En ocasiones, se desconoce la causa subyacente del paro cardíaco súbito, incluso después de la autopsia.

¿Cuáles son los síntomas/signos de advertencia del paro cardíaco súbito?

- Desmayos/apagones (especialmente durante el ejercicio)
- Mareo
- Fatiga/debilidad inusual
- Dolor de pecho
- Falta de aliento
- Náuseas/vómitos
- Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o latidos intermitentes)
- Antecedentes familiares de paro cardíaco súbito a la edad <50

CUALQUIERA de estos síntomas y signos de advertencia que ocurran durante el ejercicio pueden requerir una evaluación adicional de su médico antes de volver a la práctica o a un juego.

¿Cuál es el tratamiento para el paro cardíaco súbito?

El tiempo es crítico y una respuesta inmediata es vital.

- **LLAME AL 911**
- **Comience RCP**
- **Use un desfibrilador externo automatizado (AED)**

¿Cuáles son las formas de detectar el paro cardíaco súbito?

La Asociación Americana del Corazón recomienda una historia de preparticipación y física que incluya 14 elementos cardíacos importantes.

El formulario de Evaluación física - Historial médico de preparticipación de la UIL incluye TODOS los 14 de estos importantes elementos cardíacos y es obligatorio realizarlo anualmente.

¿Cuáles son las actuals recomendaciones para evaluar atletas jóvenes?

La Liga Interescolar Universitaria requiere el uso del formulario específico de Historial médico de preparticipación anualmente. Este proceso comienza cuando los padres y estudiantes atletas responden preguntas sobre los síntomas durante el ejercicio (como dolor en el pecho, mareos, desmayos, palpitaciones o dificultad para respirar); y preguntas sobre el historial de salud familiar.

Es importante saber si algún miembro de la familia murió súbitamente durante una actividad física o durante una convulsión. También es importante saber si alguien de la familia menor de 50 años tuvo una muerte súbita inexplicada, como ahogamiento o accidentes automovilísticos. Esta información debe proporcionarse anualmente porque es esencial identificar a aquellos en riesgo de muerte súbita cardíaca.

Liga Interescolar Universitaria requiere la Preparticipación física Formulario de examen antes de la escuela intermedia participación atlética y de nuevo antes del 1.er y 3.er año de la escuela secundaria El examen que incluye la medición de presión de sangre y un cuidadoso examen auditivo del corazón, especialmente para los soplos y las anomalías del ritmo.
Si no se informan signos de advertencia sobre el historial de salud y no se descubren anomalías en el examen, no se recomienda ninguna evaluación o prueba adicional para problemas/inquietudes cardíacas.

¿Hay opciones adicionales disponible para detectar afecciones cardíacas?

Las pruebas de detección adicionales con un electrocardiograma (ECG) y un ecocardiograma (Echo) están disponible para todos los atletas por parte de sus médicos personales, pero no es obligatorio, y generalmente no es recomendado por la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) o el Colegio Estadounidense de Cardiología (ACC). Las limitaciones del examen adicional incluyen la posibilidad (~10 %) de "falsos positivos", lo que lleva a un estrés innecesario para el estudiante y el padre o el tutor, así como una restricción innecesaria de la participación atlética. También existe la posibilidad de "falsos negativos", ya que no todas las afecciones cardíacas se identificarán mediante una prueba de detección adicional.

¿Cuándo debería un atleta estudiante ver a un especialista del corazón?

Si un examinador calificado tiene inquietudes, una referencia a un especialista del corazón infantil, se recomienda un cardiólogo pediátrico. Este especialista puede realizar una evaluación más completa, lo que incluye un electrocardiograma (ECG), que es un gráfico de la actividad eléctrica del corazón. También se puede realizar un ecocardiograma, que es una prueba de ultrasonido para permitir la visualización directa de la estructura del corazón. El especialista también puede solicitar una prueba de ejercicio en cinta, o un monitor para permitir una grabación más prolongada del ritmo cardíaco. Ninguna de las pruebas es invasiva o incómoda.

¿Puede el paro cardíaco súbito ser prevenido solo a través de una prueba de detección adecuada?

Una evaluación adecuada (Evaluación física de preparticipación - Historial médico) debe encontrar muchas, pero no todas, de las condiciones que podrían causar muerte súbita en el atleta. Esto se debe a que algunas enfermedades son difíciles de descubrir y pueden desarrollarse más adelante en la vida. Otras pueden desarrollarse después de una prueba de detección normal, como una infección del músculo cardíaco por un virus. Esta es la razón por la que se debe realizar un historial médico y una revisión del historial de salud familiar anualmente. Con una prueba de detección y una evaluación adecuados, la mayoría de los casos se pueden identificar y prevenir.

Por qué tener un DEA en el sitio durante los eventos deportivos

El único tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es el uso inmediato de un desfibrilador externo automático (DEA). Un DEA puede restaurar el corazón a un ritmo normal. Un DEA también salva el ventrículo ibrilación causada por un golpe en el pecho sobre el corazón (commotio cordis).

El Proyecto de Ley 7 del Senado de Texas requiere que en cualquier evento atlético patrocinado por la escuela o equipo las siguientes prácticas en las escuelas secundarias públicas de Texas, deben estar disponibles:

- Un DEA está en un lugar desbloqueado en la propiedad de la escuela dentro de una distancia razonable al campo de atletismo o al gimnasio.
- Todos los entrenadores, los entrenadores de atletismo, los maestros de educación física, las enfermeras, los directores de banda y los patrocinadores de porristas están certificados en reanimación cardiopulmonar (RCP) y en el uso del DEA.
- Cada escuela tiene un procedimiento de seguridad desarrollado para responder a una emergencia médica que involucra un paro cardíaco.

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que el DEA se ubique en un lugar central accesible e idealmente a no más de 1 a 1 1/2 minuto a pie de cualquier ubicación y que se haga una llamada para activar el sistema de emergencia del 911 mientras el DEA esté siendo recuperado.

Firmas de estudiantes y padres/tutores

Certifico que he leído y entiendo la información anterior.

Firmas de padres/tutores

Nombre del padre/tutor (letra imprenta)

Fecha

Firma del alumno

Nombre del estudiante (letra imprenta)

Fecha

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre de estudiante _____

Definición de conmoción cerebral: significa un proceso fisiopatológico complejo que afecta al cerebro y es causado por una fuerza física traumática o un impacto en la cabeza o el cuerpo que puede: (A) incluir una función cerebral alterada temporal o prolongada que resulta en síntomas físicos, cognitivos o emocionales o patrones de sueño alterados; e (B) implicar pérdida de conciencia.

Prevención: enseñar y practicar el juego seguro y la técnica adecuada.

- Siga las reglas del juego.
- Asegúrese de que se use el equipo de protección requerido para todas las prácticas y los juegos.
- El equipo de protección debe caber correctamente y ser inspeccionado regularmente.

Signos y síntomas de la conmoción cerebral: los signos y síntomas de la conmoción cerebral pueden incluir, entre otros: Dolor de cabeza, parecer estar aturdido o atontado, tinnitus (zumbido en los oídos), fatiga, dificultad para hablar, náuseas o vómitos, mareos, pérdida de equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz o al ruido, sensación de mareo o borroso, pérdida de memoria o confusión.

Supervisión: cada distrito designará y aprobará un Equipo de Supervisión de Conmociones cerebrales (COT). El COT debe incluir al menos un médico y un entrenador atlético si uno es empleado del distrito escolar. Otros miembros que pueden incluir: Enfermera de práctica avanzada, quiropráctico, fisioterapeuta, neuropsicólogo o asistente de médico. El COT se encarga de desarrollar el protocolo Regreso al Juego basado en evidencia científica revisada por pares.

El tratamiento de la conmoción cerebral: el estudiante-atleta/porrista deberá ser retirado de la práctica o participación de inmediato si se sospecha que tiene una conmoción cerebral. Todo estudiante-atleta/porrista sospechoso de sufrir una conmoción cerebral deberá ser visto por un médico antes de que puedan regresar a la participación de atletas o porristas. El tratamiento para la conmoción cerebral es el descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa, como mirar televisión, jugar videojuegos, enviar mensajes de texto, usar computadora y las luces brillantes. Cuando todos los signos y síntomas de la conmoción cerebral se hayan despejado y el estudiante haya recibido la autorización escrita de un médico, el estudiante-atleta/porrista podrá comenzar el protocolo de Regreso al Juego de su distrito, según lo determinado por el Equipo de supervisión de conmociones cerebrales.

Regreso al juego: según el Código de Educación de Texas, sección 38.157:
A un estudiante retirado de una práctica o competencia interescolar de atletismo (incluidos, por regla de la UIL, los porristas) bajo la Sección 38.156 se le puede no permitir practicar o participar nuevamente después de la fuerza o el impacto que se cree que ha causado la conmoción cerebral hasta que:

(1) el estudiante haya sido evaluado, usando protocolos médicos establecidos basados en evidencia científica revisada por pares, por un médico tratante elegido por el estudiante o el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante;
(2) el estudiante haya completado con éxito cada requisito del protocolo de regreso al juego establecido en la Sección 38.153 necesaria para que el estudiante regrese a jugar;
(3) el médico tratante haya proporcionado una declaración por escrito que indique que, según juicio profesional del médico, es seguro para el estudiante para volver a jugar; y
(4) que el estudiante y el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas para el estudiante:
(A) haya reconocido que el estudiante ha completado los requisitos del protocolo de regreso al juego necesarios para que el estudiante vuelva a jugar;
(B) haya proporcionado la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) a la persona responsable del cumplimiento del protocolo de regreso al juego bajo la Subsección (c) y la persona que tiene responsabilidades de supervisión bajo la Subsección (c); y
(C) haya firmado un formulario de consentimiento que indique que la persona que firma:
(i) haya sido informado y consiente que el estudiante participe en regresar a jugar de acuerdo con el protocolo de regreso al juego;
(ii) entiende los riesgos asociados con el regreso del estudiante a jugar y cumplirá con todo requisito continuo en el protocolo de regreso al juego;
(iii) aprueba la divulgación a las personas apropiadas, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) y, en su caso, las recomendaciones de regreso al juego del médico tratante; y entiende las disposiciones de inmunidad bajo la Sección 38.159.

_____ _____

Firma del padre o el tutor *Fecha*

_____ _____

Firma del estudiante *Fecha*

Liga Interescolar Universitaria

Formulario de Acuerdo/Acuse de recibo de padres y estudiantes en relación con el uso de esteroides anabólicos y prueba aleatoria de esteroides

- La ley del Estado de Texas prohíbe que se posean, dispensen, entreguen o administren esteroides de una manera que no sea permitida por la ley estatal.

- La ley estatal de Texas también establece que la construcción del cuerpo, la mejora muscular o el aumento de la masa muscular o de la fuerza mediante el uso de un esteroide por una persona que goza de buena salud no es un propósito médico válido.

- La ley del estado de Texas requiere que solo un profesional autorizado, con autoridad para prescribir, puede recetar un esteroide para una persona.

- Toda violación de la ley estatal en lo que respecta a esteroides es una ofensa criminal que se castiga con el confinamiento en la cárcel o el encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO DEL ESTUDIANTE

Como requisito previo para la participación en actividades atléticas de la UIL, afirmo que no usaré esteroides anabólicos según se define en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides Anabólicos de la UIL. He leído este formulario y entiendo que se me puede pedir que me someta a pruebas de presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo, y por este medio acepto someterme a dichas pruebas y análisis en un laboratorio certificado. Además, entiendo y acepto que los resultados de la prueba de esteroides se pueden proporcionar a ciertas personas en mi escuela secundaria, según se especifica en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en www.uiltexas.com.org. Entiendo y acepto que los resultados de las pruebas con esteroides se mantendrán confidenciales en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que si no proporciono información precisa y veraz, podría estar sujeto a sanciones según lo determine la UIL.

Nombre del estudiante (letra imprenta): _____Grado (9 a 12) _____

Firma del alumno:_____Fecha:_____

CERTIFICACIÓN Y ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES/TUTORES

Como requisito previo para la participación de mi estudiante en actividades atléticas de la UIL, certifico y reconozco que he leído este formulario y que entiendo que mi estudiante debe abstenerse del uso de esteroides anabólicos, y que se le puede solicitar que se someta a pruebas de presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Por la presente, acepto que se someta a mi hijo a dicha prueba y análisis en un laboratorio certificado. Además, entiendo y acepto que los resultados de la prueba de esteroides se pueden proporcionar a ciertos individuos en la escuela secundaria de mi estudiante según se especifica en el Protocolo del Programa de Pruebas de esteroides anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en www.uiltexas.com.org. Entiendo y acepto que los resultados de las pruebas con esteroides se mantendrán confidenciales en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que si no proporciono información precisa y veraz, mi hijo podría sufrir sanciones según lo determine la UIL.

Nombre (letra imprenta):_____

Firma: _____ Fecha:_____

Relación con el alumno: _____

Año escolar (se completará anualmente) _____

ACUSE DE RECIBO DE LAS REGLAS

Atención de las autoridades escolares: Deben firmar este formulario anualmente tanto el estudiante como el padre/tutor y debe estar archivado en su escuela antes de que el alumno pueda participar en alguna sesión de entrenamiento, juego de práctica o partido. También se debe archivar en su escuela una copia del historial médico del alumno y el formulario de examen físico firmado por un médico, o un formulario de historial médico firmado por un padre.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Escuela actual _____

Permiso del padre o el tutor

Por la presente, doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado compita en deportes aprobados por la Liga Interescolar Universitaria y para que viaje con el entrenador o con otro representante de la escuela en los viajes.

Además, como condición de participación y para garantizar el cumplimiento de las reglas de la Liga Interescolar Universitaria (UIL), doy mi consentimiento para la divulgación de información de identificación personal, incluida la información que pueda estar sujeta a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), con respecto al estudiante mencionado anteriormente y los siguientes: la escuela secundaria o media a la que asiste actualmente o ha asistido el estudiante; toda escuela a la que el estudiante se transfiera; el Comité Ejecutivo del Distrito pertinente y la UIL. Además, entiendo que toda la información relevante para la elegibilidad de la UIL del estudiante y el cumplimiento con otras reglas de la UIL se pueden discutir y considerar en un foro público. Reconozco que la revocación de este consentimiento debe ser por escrito y se debe entregar a la escuela del estudiante y a la UIL.

Se entiende que, a pesar de que el atleta usa equipo de protección siempre que sea necesario, la posibilidad de un accidente aún persiste. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela secundaria asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

He leído y entiendo las reglas de la Liga Interescolar Universitaria en el reverso de este formulario y estoy acuerdo con que mi hijo/a obedezcan todas las reglas de la Liga Interescolar Universitaria.

El abajo firmante acepta ser responsable de la devolución segura de todos los equipos deportivos otorgados por la escuela al estudiante mencionado anteriormente.

Si, a juicio de algún representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de una lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizoy doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento que pueda brindarse a dicho estudiante, de parte de un médico, un entrenador de atletismo con licencia, una enfermera, un hospital o un representante de la escuela; y por la presente accedo a indemnizar y liberar a la escuela y a todo representante escolar de cualquier reclamo por parte de alguna persona que sea responsable del cuidado y el tratamiento de dicho estudiante.

Me han proporcionado el Manual de Información para padres de la UIL sobre las cuestiones de salud y seguridad, incluidas las conmociones cerebrales y mis responsabilidades como padre/tutor. Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa y veraz sobre los formularios de la UIL podría someter al estudiante en cuestión a sanciones determinadas por la UIL.

El Manual de información para padres de la UIL se encuentra en www.uiltexas.org/files/athletics/manuals.
Su firma a continuación otorga la autorización necesaria para que el distrito escolar, sus instructores de atletismo licenciados, los entrenadores, los médicos asociados y el personal de seguro escolar puedan compartir información sobre el diagnóstico y el tratamiento médico de su estudiante.

Para el padre: Marque toda actividad en la que este estudiante pueda participar.

❒Béisbol	❒Fútbol americano	❒Sóftball	❒Tenis
❒Baloncesto	❒Golf	❒Natación y buceo	❒Atletismo
❒Campo traviesa	❒Fútbol	❒Tenis en equipo	❒Vóleibol
❒Lucha	❒Polo acuático		

Fecha_____
Firma del padre o el tutor_____
Dirección_____
Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

INFORMACIÓN GENERAL

Los entrenadores escolares no pueden:

- Transportar, inscribir o instruir a los estudiantes en los grados 7 a 12 desde su zona de asistencia en los campos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o vóleibol que no sean de la escuela (excepción: Consulte la Sección 1209 del Reglamento de Constitución y Concurso).
- Dar cualquier instrucción o programar cualquier práctica para un individuo o un equipo durante la temporada baja, excepto durante el período atlético de una jornada escolar en béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o vóleibol
- Las escuelas y los clubes de refuerzo escolar no pueden proporcionar fondos, tarifas o transporte para actividades no escolares.

REGLAS GENERALES DE ELEGIBILIDAD

De acuerdo con los estándares de la UIL, los estudiantes podrían ser elegibles para representar a su escuela en actividades interescolares si:

- no tienen 19 años o más el o antes del 1 de septiembre del año escolar actual. (Consulte la Sección 446 del Reglamento de Constitución y Concurso para la excepción).
- no se han graduado de la escuela secundaria.
- están inscritos para el sexto día de clase del año escolar actual o han asistido durante quince días calendario inmediatamente antes de un concurso universitario.
- son estudiantes de tiempo completo en la escuela secundaria participante a la que desean representar.
- inicialmente fueron inscritos en el noveno grado hace no más de cuatro años.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar durante su primer año de asistencia. (La residencia de los padres se aplica únicamente a la elegibilidad atlética del equipo universitario). Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: el alumno ha estado en asistencia continua durante al menos un año calendario y no se ha matriculado en otra escuela; no se le da ningún incentivo al estudiante para que asista a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar su habitación y comida cuando no viven con un familiar, los estudiantes que conducen de regreso al distrito deben pagar sus propios costos de transporte); y si el estudiante continúa asistiendo a la escuela no es una violación de la escuela local o las políticas de TEA. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas están cubiertos por Residencia de Custodia (consulte la Sección 442 del Reglamento de Constitución y Concurso).
- han observado todas las disposiciones de la Reglas de los Premios.
- no han sido reclutados. (No se aplica al reclutamiento universitario según lo permitido por la regla).
- no han violado ninguna disposición de la regla del campamento de verano. Los estudiantes ingresantes de los grados 10 a 12 no asistirán a un campamento de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol o vóleibol en el que un entrenador de séptimo a duodécimo grado de la zona de asistencia del distrito escolar, trabaja, instruye, transporta o inscribe a ese alumno en el campamento. Los estudiantes que cursarán los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a una cancha de béisbol, una de baloncesto, una de fútbol americano, una de fútbol, una de sóftbol y una de vóleibol en la que se emplee un entrenador de la zona de asistencia del distrito escolar, por no más de seis días consecutivos cada verano en cada tipo de campamento deportivo. Los campamentos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol y vóleibol donde el personal escolar trabaja con sus propios alumnos se pueden llevar a cabo en mayo, después del último día de clases, junio, julio y agosto antes del segundo lunes de agosto. Si dichos campamentos son patrocinados por el personal del distrito escolar, deben mantenerse dentro de los límites del distrito escolar, y el superintendente o su designado deberán aprobar el calendario de tarifas.
- han observado todas las disposiciones de la Regla de Aficionados Deportistas. Los estudiantes no pueden aceptar dinero u otra consideración valiosa (propiedad o servicio tangible o intangible, lo que incluye todo aquello que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por participar en un deporte atlético en cualquier parte del año. Los atletas no recibirán remuneración por permitir que sus nombres se utilicen para la promoción de un producto, plan o servicio. Los estudiantes que infringen inadvertidamente la regla del aficionado al aceptar una remuneración pueden recuperar la elegibilidad atlética al devolver la remuneración. Si los individuos devuelven la remuneración dentro de los 30 días posteriores a su conocimiento de la violación de la regla, recuperan su elegibilidad atlética cuando la devuelven. Si no lo devuelven dentro de los 30 días, siguen siendo no elegibles durante un año desde el momento en que lo aceptaron. Durante el período de tiempo desde que los estudiantes reciben una remuneración hasta que la devuelvan, no son elegibles para la competencia deportiva del equipo universitario en el deporte en el que ocurrió la infracción. La multa mínima por participar en un concurso mientras no se es elegible consiste en la pérdida del concurso.
- no cambiaron de escuelas con fines atléticos.

Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa y veraz sobre los formularios de la UIL podría someter al estudiante en cuestión a sanciones determinadas por la UIL.

He leído las normas citadas anteriormente y acepto seguir las reglas.

Fecha _____ Firma del estudiante _____