

DISTRITO ESCOLAR DE RICHLAND DOS
PAQUETE DE PRE PARTICIPACIÓN PARA ATLETISMO
2026-27

LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ____ Revisar

- Información educativa sobre conmociones cerebrales
- Instrucciones para crear una cuenta, completar los formularios digitales de pre participación requeridos y subir el Formulario de Examen Físico de la SCHSL completado en Arbiter

2. ____ Imprimir el Formulario Físico de la SCHSL. Lleve el formulario a la cita del examen. El proveedor de salud debe autorizar al atleta para participar.

3. ____ Cuenta de Arbiter: Todos los atletas nuevos y sus padres deben crear una cuenta de Arbiter. Los atletas que regresan y sus padres deben iniciar sesión en su cuenta existente de Arbiter.

4. ____ Subir el Formulario de Examen Físico de la SCHSL completado. Todos los formularios deben completarse y subirse a Student Central al menos 1 semana antes de cualquier participación atlética. Según el requisito de la SCHSL, todos los formularios deben tener fecha posterior al 1 de abril de 2026.

**Por favor, coloque los formularios sobre una superficie plana y asegúrese de que se vean todas las esquinas en la imagen antes de subirlos.*

5. ____ Subir el Certificado de Nacimiento a Student Central o verificar nuevamente si ya fue subido anteriormente.

Nota: Para ser elegible para competir según la SCHSL, cada atleta también debe tener:

- Elegibilidad académica
 - Los estudiantes de escuela intermedia que participan en deportes de la escuela secundaria deben ver a su Director Atlético (AD) de la escuela intermedia para que se complete el Formulario de Elegibilidad de Escuela Intermedia y se envíe al distrito para su aprobación. Formulario enlazado: Formulario de Exención de Escuela Intermedia.
- Si usted es un estudiante transferido, DEBE ver al Director Atlético para completar su transferencia antes de participar.
- Una vez que se hayan nombrado las listas de los equipos, se debe pagar una cuota de participación de \$50 en la oficina de cuotas o en línea a través del Portal para Padres, a la escuela en la que participan. Esta cuota solo debe pagarse una vez por año escolar, incluso si el estudiante juega en varios deportes.



Evaluación Física de Pre Participación - Formulario de Historial

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

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Fecha del Examen: _____ Deporte(s): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Si es así, enumere todos los procedimientos quirúrgicos pasados:

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales): _____

¿Tiene alguna alergia? Si es así, enumere todas sus alergias (por ejemplo, medicamentos, polen, alimentos, insectos que pican): _____

Preguntas Generales. Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta.	Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor de salud?		
2. ¿Algún proveedor de salud le ha negado o restringido alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o una enfermedad reciente?		

Preguntas sobre la Salud del Corazón (Sobre Usted)	Sí	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Su corazón alguna vez late muy rápido, palpita o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que tiene problemas del corazón?		
8. ¿Algún médico le ha ordenado alguna vez una prueba para el corazón? (por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma).		
9. ¿Se siente mareado o le falta más el aire que a sus amigos durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		

Preguntas sobre la Salud de su Familia	Sí	No
11. ¿Algún familiar ha muerto de problemas del corazón o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguien en su familia tiene un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

Preguntas sobre Huesos y Articulaciones	Sí	No
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un juego o una práctica?		

Preguntas sobre Huesos y Articulaciones	Sí	No
15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste?		

Preguntas Médicas	Sí	No
16. ¿Tose, tiene silbidos al respirar o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo, o algún otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto doloroso o hernia en el área de la ingle?		
19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
20. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas, o no ha podido mover los brazos o piernas después de un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en el calor?		
23. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de subir o bajar de peso, o alguien se lo ha recomendado?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		

Solo para Mujeres	Sí	No
29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique aquí una respuesta "Sí": _____

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Americana de Medicina del Deporte, Sociedad Americana de Ortopedia para la Medicina del Deporte, y Academia Americana de Medicina Osteopática del Deporte. Se otorga permiso para reimprimir con fines no comerciales y educativos con el debido reconocimiento.

Preparticipation Physical Evaluation - Physical Form

Last Name First Name Middle Initial Date of Birth

Examination						
Height:		Weight:				
BP:	/	(	/	)	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 / Hearing		
Lymph Nodes		
Heart - Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and +/- Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin - Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), or tinea corporis		
Neurologic		
Musculoskeletal:		
- Neck		
- Back		
- Shoulders/Arm		
- Elbow/Forearm		
- Wrist/Hand/Fingers		
- Hip/Thighs		
- Knees		
- Leg/Ankles		
- Foot/Toes		
- Functional: Double-leg squat test, single leg squat test, and box drop or step drop test		

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

Preparticipation Physical Evaluation

___ Medically eligible for all sports without restriction.

___ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: _____

___ Medically eligible for certain sports: _____

___ Not medically eligible pending further evaluation.

___ Not medically eligible for any sports.

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. If conditions arise after the athlete had been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete and parents or guardians.

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

Address: _____ Phone: _____

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

Permiso y Reconocimiento de Riesgo de los Padres Para que su Hijo o Hija Participe en Actividades Deportivas

Nombre (en letra de imprenta): _____

Como padre, madre o tutor legal del estudiante-atleta mencionado anteriormente, doy permiso para su participación en eventos atléticos y para la evaluación física correspondiente a dicha participación. Entiendo que esto es simplemente una evaluación de detección y no un sustituto de la atención médica regular. También otorgo permiso para el tratamiento que se considere necesario para una afección que surja durante la participación en estos eventos, incluyendo tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un médico. Otorgo permiso a enfermeros, entrenadores atléticos y entrenadores deportivos, así como a médicos o a quienes estén bajo su dirección y que formen parte de la prevención y el tratamiento de lesiones deportivas, para que tengan acceso a la información médica necesaria. Sé que el riesgo de lesión de mi hijo/a viene con la participación en deportes y durante los viajes hacia y desde los juegos y las prácticas. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrita u otros medios. Mi firma indica que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Entiendo que los datos obtenidos durante estas evaluaciones pueden utilizarse con fines de investigación.

Firma del Atleta: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

HOJA INFORMATIVA PARA atletas de escuela secundaria



Esta hoja contiene información para que sepas cómo protegerte de una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave y qué hacer si ocurre.

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una conmoción cerebral es una lesión en el cerebro que afecta su funcionamiento. Puede ocurrir cuando el cerebro rebota dentro del cráneo después de una caída o golpe en la cabeza.

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE TENGO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?



NOTIFICARLA. Avísales a tu entrenador, padre, e instructor atlético si crees que tú o uno de tus compañeros podrían presentar una conmoción cerebral. Es tu deber notificar tus síntomas. Tu entrenador y tu equipo dependen de ti. Además, no podrás dar lo mejor de ti si no te sientes bien.

HACERME REVISAR. Si crees que tienes una conmoción cerebral, no regreses al juego el día de la lesión. Solo un proveedor de atención médica puede decirte si tienes una conmoción cerebral y cuándo puedes regresar a la escuela y volver a jugar. Mientras más rápido te hagas revisar, más pronto podrás volver a jugar de manera segura.



DARLE AL CEREbro TIEMPO PARA CURARSE.

Una conmoción cerebral puede hacer que las actividades diarias, como ir a la escuela, sean más difíciles. Es posible que necesites más ayuda para volver a tus actividades normales. Asegúrate de avisarles a tus padres y al médico cómo te vas sintiendo.

¿POR QUÉ DEBO DECIRLES A MI ENTRENADOR Y MIS PADRES QUÉ SÍNTOMAS TENGO?



- Jugar o practicar con una conmoción cerebral es peligroso y puede llevar a una recuperación más larga.
- Mientras tu cerebro todavía se está curando, tienes más probabilidad de tener otra conmoción cerebral. Esto puede ponerte en riesgo de una lesión en el cerebro más grave y hasta podría ser mortal.

Enero de 2021



LOS BUENOS COMPAÑEROS SABEN QUE:
ES PREFERIBLE PERDERSE UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA.

www.cdc.gov/HEADSUP

¿CÓMO PUEDO SABER SI TENGO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Es posible que tengas una conmoción cerebral si tienes cualquiera de estos síntomas después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo:

-  Tienes dolor de cabeza.
-  Te sientes mareado, débil, o grogui.
-  Te molesta la luz o el ruido.
-  Tienes visión doble o borrosa.
-  Tienes vómitos o te duele el estómago.
-  Tienes problemas de concentración o memoria.
-  Te sientes sensible o “bajoneado”.
-  Te sientes confundido.
-  Tienes dificultad para dormir.

Por lo general, los síntomas de una conmoción cerebral se manifiestan de inmediato, pero es posible que no notes que algo “no está bien” por horas o días. Los síntomas son diferentes para cada persona; por lo tanto, es importante decirles a tus padres y a tu médico cómo te sientes.

¿CÓMO PUEDO AYUDAR A MI EQUIPO?



PROTEGE TU CEREBRO.

Evita golpes en la cabeza y sigue las reglas para un juego seguro y justo con el fin de disminuir las probabilidades de presentar una conmoción cerebral.



SÉ UN BUEN JUGADOR DE EQUIPO.

Si uno de tus compañeros tiene una conmoción cerebral, dile que es un miembro importante del equipo y que debe tomarse el tiempo que necesite para mejorarse.

La información proporcionada en este documento o mediante enlaces a otros sitios no reemplaza la atención médica o profesional. Se deben dirigir las preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de una conmoción cerebral a un médico u otro proveedor de atención médica.

Enero de 2020

Para obtener más información, visite
www.cdc.gov/HEADSUP



HOJA INFORMATIVA PARA los padres



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción es un tipo de lesión cerebral que ocasiona cambios en la forma en que funciona el cerebro normalmente. Es causada por un golpe, un impacto o una sacudida en la cabeza. Las conmociones cerebrales también pueden ocurrir por un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan bruscamente hacia adelante y hacia atrás. Hasta un golpe en la cabeza que parezca leve puede ser grave.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden "ver". Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden manifestarse tan pronto como ocurra la lesión o puede que no aparezcan ni se noten sino hasta horas o días después. Es importante estar atento a cambios en la forma en que el niño o adolescente actúa o se siente, si los síntomas empeoran o si "simplemente no se siente bien". La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin que haya pérdida del conocimiento.

Si su niño o adolescente indica que tiene uno o más de los signos o síntomas de conmociones cerebrales enumerados a continuación, o si usted nota estos síntomas, busque atención médica inmediatamente. Los niños y adolescentes están entre las personas con mayor riesgo de sufrir conmociones cerebrales.

Signos y síntomas de una conmoción cerebral

Signos observados por los padres o tutores:

- Parece aturdido o desorientado
- Está confundido con relación al incidente
- Responde a las preguntas con lentitud
- Repite las preguntas
- No puede recordar lo ocurrido *antes* del golpe o la caída
- No puede recordar lo ocurrido *después* del golpe o la caída
- Pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)
- Muestra cambios de conducta o de personalidad
- Se le olvida el horario de clases o las tareas a realizar

Síntomas reportados por su niño o adolescente

Área del razonamiento y la memoria

- Dificultad para pensar claramente
- Dificultad para concentrarse o recordar cosas
- Siente que todo lo hace más despacio
- Se siente débil, desorientado, aturdido, atontado o grogui

Área física

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareo
- Fatiga o cansancio
- Visión borrosa o doble
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Hormigueo o entumecimiento
- No se "siente bien"

Área emocional

- Irritable
- Triste
- Más sensible de lo usual
- Nervioso

Área del sueño*

- Adormecido
- Duerme *menos* de lo normal
- Duerme *más* de lo normal
- Tiene problemas para quedarse dormido

**Solo pregunte sobre síntomas relacionados con el sueño si la lesión ocurrió en días anteriores.*

