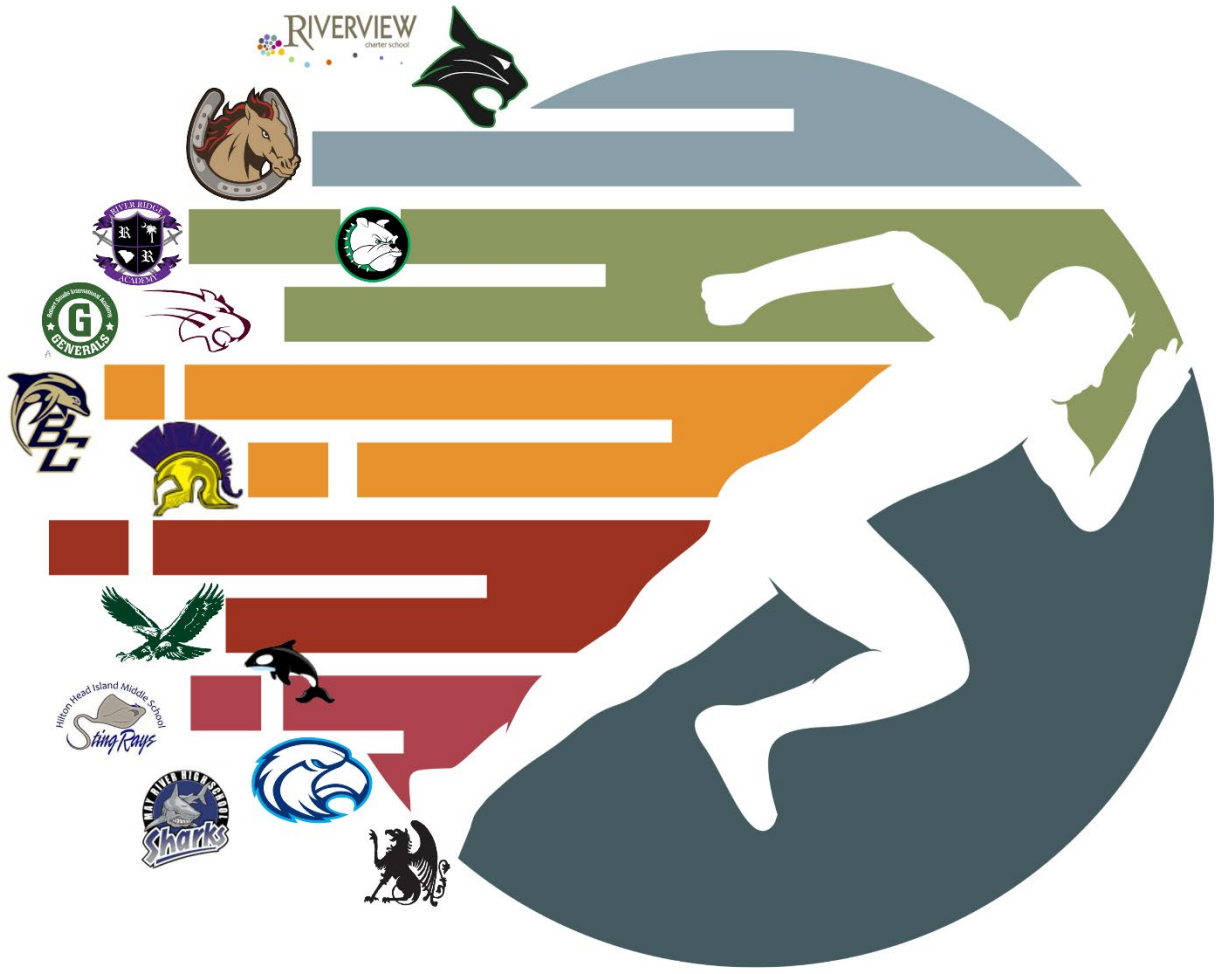


Distrito Escolar del Condado Beaufort

2026-2027 Manual de Atletismo para Padres

BEAUFORT COUNTY SCHOOL DISTRICT

Contents

Declaración de reconocimiento....3
2026-2027 Permiso del Padre Para los Juegos Interescolares de Atletismo....4
Permiso de los padres y reconocimiento del riesgo por la participación del hijo o hija en atletismo .5
Comunicado de Prensa....6
Promesa de los Padres....6
Parental Permission Agreement Form....7
Drug Testing Consent Form....8
Student Athlete Concussion Acknowledgment Statement....9
Exención de Elegibilidad para Padres y Estudiantes....10
Exención de Elegibilidad para Padres y Estudiantes....11
Evaluación física previa a la participación - formulario de historial....12
Evaluación física previa a la participación - Forma física....13

Declaración de reconocimiento

Nombre del estudiante: _____

NOTA: Visite el sitio web del Distrito Escolar del Condado de Beaufort para leer las Pautas Atléticas.

Al firmar esta declaración, reconozco que he leído las Directrices de Atletismo de BCSD y acepto acatar las políticas contenidas en este documento. Entiendo además que BCSD se reserva el derecho de modificar, alterar o eliminar políticas y procedimientos en cualquier momento. Además, entiendo que las políticas de este manual pueden actualizarse de vez en cuando con o sin previo aviso. Reconozco y acepto que estas Directrices de Atletismo de BCSD reemplazan a todos los manuales anteriores.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Una copia de esta declaración se firma y se conserva en el archivo atlético del estudiante-atleta.

2026-2027 Permiso del Padre Para los Juegos Interescolares de Atletismo

Información de padres/tutores

Nombre del padre/tutor:	
Dirección:	
Teléfono del Padres/Tutor:	Casa: Trabajo: Móvil:
Correo electrónico:	

Información del estudiante

Nombre del estudiante:	
Escuela:	
Fecha de nacimiento:	
Sexo:	
Última escuela que asistió:	
Dirección de Escuela:	
Último grado que completó:	

Si el estudiante asistió a una escuela fuera del Distrito Escolar del Condado de Beaufort al final del año escolar 2023-2024, un informe de notas de esa escuela debe anexarse a este paquete de atletismo.

Información de Contacto en caso de Emergencia

#	Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono de emergencia	Relación
1			
2			
3			

Información del médico

Nombre del médico	Teléfono del médico

Solicitud de permiso: Yo, como padre/tutor del estudiante, solicito permiso para que el estudiante mencionado anteriormente participe en los juegos de atletismo Inte-rescolares en los siguientes deportes durante el año escolar 2026-2027:

Marque todo lo que corresponda:

	Baloncesto		Danza		Lacrosse		Tenis
	Béisbol		Hockey sobre césped		Fútbol		Atletismo
	Animación		Fútbol Americano		Sóftbol		Voleibol
	Campo traviesa		Golf		Natación		Lucha

Permiso de los padres y reconocimiento del riesgo por la participación del hijo o hija en atletismo

Nombre del estudiante: _____

Como padre / tutor del estudiante-atleta arriba mencionado, doy permiso para que él / ella participe en eventos atléticos y la evaluación física para la participación. Entiendo que esto es simplemente una evaluación de detección y no un sustituto de la atención médica regular. También concedo permiso para el tratamiento que se considere necesario para una condición que surja durante la participación de estos eventos, incluyendo el tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un profesional médico.

Autorizo a enfermeras, instructores y entrenadores, así como a médicos o personas bajo su dirección que sean parte de la prevención y tratamiento de lesiones atléticas, a tener acceso a la información médica necesaria. Sé que el riesgo de lesiones a mi hijo / a viene con la participación en deportes y durante el viaje hacia y desde el juego y prácticas. He tenido la oportunidad de entender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrita o por otros medios. Mi firma indica que, según mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Entiendo que los datos adquiridos durante estas evaluaciones pueden ser utilizados con fines de investigación.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Comunicado de Prensa

Comunicado de prensa: Como padre de un estudiante-atleta en el Distrito Escolar del Condado de Beaufort (BCSD), entiendo que el estudiante-atleta puede ser fotografiado, grabado en video o entrevistado por el distrito escolar para promover el BCSD. Esto incluye la transmisión en vivo de eventos deportivos al público en general. Entiendo que las imágenes, videos y entrevistas pueden ser utilizados en el sitio web del BCSD, en publicaciones de distrito escolar, publicaciones externas y medios electrónicos.

Nombre del padre/tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante (ESCRITO): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Promesa de los Padres

Promesa de los padres: Como padre, entiendo que soy un modelo para imitar. Mi firma a continuación indica mi acuerdo con cada uno de los siguientes:

- Recordaré que el atletismo escolar es una extensión de la clase, ofreciendo experiencias de aprendizaje para los estudiantes, ya sean participantes o espectadores. Mostraré respeto por los equipos opositores involucrados.
- El uso de lenguaje inapropiado y la burla son contrarios al espíritu de juego limpio y a un buen deportista que BCSD, sus escuelas, las conferencias atléticas en las que participan nuestras escuelas y el SCHSL, espera de sus miembros.
- Acepto mi responsabilidad de modelar el buen espíritu deportivo que viene con ser el padre de un estudiante atleta. Estoy de acuerdo en alentar y apoyar a mi estudiante asistiendo a las reuniones de padres como lo requiere la escuela/entrenador. Prestando apoyo a la escuela / actividad del club de apoyo, garantizando que mi estudiante siga todas las reglas de SCHSL, BCSD, escuela y equipo, reglas, interactuando con maestros, consejeros y administradores escolares regularmente para monitorear el éxito académico / progreso de mi estudiante, demostrando buen espíritu deportivo en todo momento hacia entrenadores, oficiales, competidores y personal, presentando todos los honorarios y formularios requeridos para la participación, siguiendo los métodos establecidos para hacer frente a las preocupaciones del programa/individual, entrando primero en comunicación con el entrenador de mi estudiante, asistiendo a los certámenes en los cuales mi estudiante estará involucrado tan a menudo como sea posible, y asegurar que mi estudiante tenga el transporte necesario hacia/desde las prácticas y eventos.

Nombre del padre/tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante (ESCRITO): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Parental Permission Agreement Form

Nombre del Estudiante: _____ Actividad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Como padre / tutor de un estudiante del Distrito Escolar del Condado de Beaufort, que elige participar en actividades co-curriculares, estoy de acuerdo en alentar y apoyar a mi hijo /a y su actividad mediante:

1. Asistir a las reuniones de padres según lo requiera la escuela / entrenador
2. Prestando apoyo a la escuela / actividad del club de apoyo
3. He de asegurarme de que mi hijo /a siga el código de conducta del estado, distrito, estudiante y todos los códigos de disciplina en todo momento
4. Interactuar con maestros, consejeros y administración de la escuela regularmente para monitorear el éxito académico / progreso de mi estudiante
5. Demostración de buen espíritu deportivo en todo momento hacia entrenadores, oficiales, equipo de casa / visitantes, competidores y personal
6. Enviando todos los honorarios y formularios requeridos para los participantes
7. Siguiendo los métodos establecidos para abordar las inquietudes del programa / individuales haciendo el contacto inicial para una conferencia programada usando la Cadena de mando:

   A. Entrenador Auxiliar B. Entrenador Principal C. Director Atlético
   D. Sub-Director E. Director F. Oficina del Distrito
8. Asistir al certamen en el cual mi estudiante estará involucrado tanto como sea posible
9. Asegurándome que mi estudiante tenga el transporte necesario hacia/desde las prácticas y eventos

Como padre / tutor, entiendo que mi participación y apoyo directo es necesario para que esto sea una experiencia valiosa para mi hijo /a. Mi firma a continuación indica que he aceptado los términos anteriores de este acuerdo.

Nombre del padre/tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Drug Testing Consent Form

Deseo que _____, (estudiante) pueda participar en algunas o todas las siguientes actividades o privilegios voluntarios ofrecidos por el Distrito Escolar del Condado de Beaufort, que incluyen: atletismo inter-escolar, otras actividades extracurriculares voluntarias y privilegios de estacionamiento en el campus.

Por la presente estoy de acuerdo en que:

- He leído y entiendo la regulación administrativa del Distrito Escolar del Condado de Beaufort que rige las pruebas de drogas al azar a los estudiantes.
- El estudiante atleta, deberá ser inscripto en el programa de pruebas de drogas al azar del Distrito Escolar del Condado de Beaufort a partir de este año escolar y puede ser sometido a exámenes de drogas de acuerdo con la regulación de pruebas de drogas al azar en cualquier momento durante su inscripción en el Distrito Escolar del Condado de Beaufort.
- Prueba de drogas del estudiante bajo la regulación de pruebas de drogas al azar son completamente voluntarios y un estudiante nunca es obligado a someterse a una prueba de drogas. Sin embargo, la negativa a someterse a una prueba de droga tendrá las mismas consecuencias que una prueba de droga positiva.

Los resultados de las pruebas de drogas pueden ser entregados al estudiante, padre/ tutor, el Administrador de Pruebas contratado por el Distrito Escolar del Condado de Beaufort, el Oficial de Revisión Médica, el designado por el Superintendente y el Director de la Escuela del estudiante.

Nombre del padre/tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante (ESCRITO): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Student Athlete Concussion Acknowledgment Statement

Yo, _____, (estudiente) entiendo que es mi responsabilidad informar de todas las lesiones y enfermedades, incluyendo conmociones cerebrales, a mi entrenador de atletismo y/o entrenador principal.

He leído y entiendo la hoja de datos de concusión de CDC, Una Hoja Informativa de Concusión para los Atletas, y estoy consciente de la siguiente información:

1. Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, que soy responsable de informar al entrenador principal o entrenador atlético.
2. Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades cotidianas y afectar el tiempo de reacción, el equilibrio, el sueño y el rendimiento en la clase.
3. No puedo ver una conmoción cerebral, pero podría notar algunos de los síntomas de inmediato. Entiendo que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
4. Si sospecho que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de reportar la lesión a mi entrenador principal o entrenador atlético.
5. No volveré a jugar en un juego o práctica si he recibido un golpe en la cabeza o el cuerpo que resulta en síntomas relacionados con la concusión.
6. Después de la concusión, entiendo que el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que es mucho más probable que tenga una conmoción cerebral repetida si vuelvo a jugar antes de que los síntomas se resuelvan.
7. En casos raros, entiendo que las conmociones cerebrales repetidas pueden causar daño cerebral permanente e incluso la muerte.

Reconozco que he leído y entiendo la Hoja de Datos de los CDC para Atletas y la política de Cobertura de Seguro de Estudiante del Condado de Beaufort y acepto estas responsabilidades para proteger mi bienestar. Si tengo alguna pregunta, es mi responsabilidad hacerla al personal de entrenamiento atlético o a mi entrenador.

Nombre del padre/tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante (ESCRITO): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Exención de Elegibilidad para Padres y Estudiantes

Nombre del estudiante: _____

Entiendo y acepto cumplir con los procedimientos de los Estatutos de la Liga de Escuelas Secundarias de Carolina del Sur (SCHSL). Para permitir que SCHSL determine la elegibilidad del estudiante aquí nombrado para participar en atletismo interescolar en la escuela miembro de SCHSL, doy mi consentimiento para la divulgación de todas y cada una de las partes de los archivos de registros escolares a SCHSL, del estudiante aquí nombrado, incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, los registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia de los padres o tutor(es), dirección de residencia del estudiante, trabajo académico en progreso y/o completado, calificaciones recibidas y datos de asistencia.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Exención de Elegibilidad para Padres y Estudiantes

Nombre del estudiante-atleta (escriba en letra imprenta) _____

Entiendo y acepto cumplir con los procedimientos establecidos en el Reglamento de la Liga de Escuelas Secundarias de Carolina del Sur (por sus siglas en inglés SCHSL). Para que la SCHSL pueda determinar la elegibilidad del estudiante mencionado en este documento para participar en actividades deportivas Inter escolares en la escuela miembro de la SCHSL, doy mi consentimiento para que se le divulgue a SCHSL toda la información de su expediente escolar; incluyendo, entre otros, los registros de nacimiento y edad, el nombre y la dirección de residencia de los padres o tutores, la dirección de residencia del estudiante, el trabajo académico en curso o finalizado, las calificaciones recibidas y los datos de asistencia.

Firma del Atleta _____ Fecha _____

Firma del Padre_____ Fecha _____

Evaluación física previa a la participación - formulario de historial

Note: Complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de la consulta.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Fecha de Examen: _____ Deporte(s): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:	
Ha tenido cirugías? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:	
Medicamentos y suplementos: Enumere todas las prescripciones actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales):	
Tienes alergia? En caso, enumere todas sus alergias (medicamentos, polen, alimentos, insectos punzantes):	

Preguntas Generales. Explique las respuestas de "Sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?		
2. ¿Un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?		
Preguntas sobre la salud del corazón de usted	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez te has desmayado o casi te desmayas DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
5. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Alguna vez el corazón corre, revolotea en el pecho o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes algún problema cardíaco?		
8. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para el corazón? (por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. ¿Te enojas o te sientes más corto de aliento que tus amigos durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
Preguntas sobre la salud de la familia de usted	**Sí**	**No**
11. ¿Algún familiar o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguien de tu familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía ventricular ventricular derecha (ARVC), QTsyndrome largo (LQTS), síndrome QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimorfórica catecoléfica (CPVT)?		
13. ¿Alguien de su familia tenía un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
Preguntas óseas y articulares	**Sí**	**No**
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te hizo perderte un partido o práctica?		
15. ¿Tienes una lesión ósea, muscular, ligamento o articular que te moleste?		

Preguntas Médicas	**Sí**	**No**
16. ¿Toses, silbas o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (machos), su bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tienes dolor en la ingle o testículo o una protuberancia dolorosa o hernia en la zona de la ingle?		
19. ¿Tienes erupciones cutáneas o erupciones cutáneas recurrentes que van y vienen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
20. ¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o caer?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio en el calor?		
23. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgos o enfermedades de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con sus ojos o visión?		
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Está tratando de o alguien le ha recomendado que suba o pierda peso?		
27. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
Sólo mujeres	**Sí**	**No**
29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique una respuesta de "Sí" aquí:

Por la presente, declaro que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del atleta: _____ Fecha: _____

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

Evaluación física previa a la participación - Forma física

Apellido Nombre Inicial Segundo nombre Fecha de Nacimiento

Examen		
Altura: Peso:		
BP: / (/) Pulso: Visión: R 20/ L 20/ Corregida ___Yes ___No		
Médico	**Normal**	**Hallazgos Anormales**
Apariencia: Estigma de Marfan (quifoscoliosis, paladar de arco alto, tórax en embudo, aracnodactilia, hiperlaxidad, miopía, MVP, e insuficiencia aórtica		
Ojos / Oídos / Nariz / Garganta - Pupilas iguales / Audición		
Ganglios Linfáticos		
Corazón - Murmullos (auscultación en pie, auscultación supina, y +/- Maniobra de Valsalva		
Pulmones		
Abdomen		
Piel - Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugerentes de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), o tinea corporis		
Neurológico		
Musculoesquelético:		
- Cuello		
- Espalda		
- Hombros/Brazo		
- Codo/antebrazo		
- Muñeca/manos/dedos		
- Cadera/Muslo		
- Rodillas		
- Pierna/Tobillos		
- Pie/Dedos del Pie		
- Funcional: Prueba de cuclillas de doble pierna, prueba de cuclilla de una pierna y prueba de caída de caja o paso		

Considere: electrocardiografía (ECG), ecocardiografía y derivación al cardiólogo para detectar antecedentes cardíacos anormales o hallazgos de exámenes o una combinación de ellos

Evaluación Física previa a la participación (Marque todo lo que corresponda)

	Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones.
	Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento posterior de:
	Médicamente elegible para ciertos deportes:
	No es médicamente elegible a la espera de una evaluación adicional.
	No es médicamente elegible para ningún deporte.

Recomendaciones:

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la Evaluación Física previa a la participación. El atleta no tiene aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Si las condiciones surgen después de que el atleta había sido autorizado para la participación, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se explican completamente al atleta y a los padres o tutores.

Nombre del profesional de la salud: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____MD, DO, NP, or PA Fecha: _____

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.