2026 - 2027

>>Favor de usar lapicero<<

Woodburn High School
Deportes y Actividades
Información/Aseguranza/Formulario de Consentimiento

Deportes

Otoño	Invierno	Primavera
FB	BBSKT	BSBL
GSOC	GBSKT	SFTBL
BSOC	WRSL	BTEN
VB	DANCE	GTEN
XC	CHEER	TRACK
DANCE		GOLF
CHEER		

Favor marque todas las que correspondan.

Instrucciones: Por favor completa todas las secciones en esta forma, ambos el frente y detrás. NO DEJES ningún espacio en blanco. Notas Importantes: Cada estudiante atleta debe tener seguro médico, la ley del estado requiere que todos los estudiantes tengan un examen físico valido por lo menos una vez cada dos años. WHS aceptara exámenes físicos hechos en el año escolar previo, proveído que el examen este anotado en el formato mandado por el estado. A ningún estudiante se le permitirá participar, jugar o practicar de ninguna manera hasta que los papeles estén completos y sean sometidos y procesados.

Información de Emergencia

Student ID: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle, apartamento, o # de apartado postal Ciudad, estado, ZIP

Teléfono de su casa: _____ Otro Teléfono: _____

Padres/Principal Contacto de Emergencia

Nombre : _____ Teléfono: _____

Segundo Contacto de Emergencia

Nombre : _____ Teléfono: _____

Información de Aseguranza

Los estudiantes que participan en atletismo, actividades, porristas, y equipos de bailes deben tener la cobertura de aseguranza apropiada. La cobertura de aseguranza debe ser verificada antes de la participación. Por favor indique su cobertura en el espacio inferior. La cobertura debe permanecer durante el tiempo de participación en actividades/atletismo de Woodburn.

☐ Aseguranza Escolar (Myers Stevens Toohey) _____
Iniciales del Administrador/Fecha

☐ Programa Migrante 1-M _____
Iniciales del Administrador/Fecha

☐ Aseguranza Personal _____ _____
Nombre de la Compañía Número de la Póliza

Consentimiento para Participar / Advertencia del Casco

1. En firmando abajo, el padre y estudiante reconocen las siguientes declaraciones y advertencias:
2. Yo permito este estudiante a participar en las actividades y competencias de la Escuela Preparatoria de Woodburn (WHS)
3. Hemos (padre / tutor / estudiante) leído y entendemos los requisitos académicos para ser elegibles y el código de conducta de WHS, y entendemos las consecuencias asociadas con la violación a esas reglas.
4. Yo permito que el transporte de WHS, transporte este estudiante a cualquier actividad/evento en el que él / ella este participando como miembro del equipo.
5. Yo comprendo que un riesgo de lesiones está asociado a la participación en actividades y concursos.
6. Yo autorizo al personal de WHS de asegurar el tratamiento médico necesario apropiado para este estudiante.
7. Yo autorizo la cesión de registros médicos del este estudiante y cualquier información referente a enfermedades o lesiones que sostenga mientras este participando, o que puedan afectar la participación en atletismo y/o actividades en WHS. Yo comprendo que la información cedida se usara solamente para asegurar una participación segura en atletismo ínter escolar, actividades, clase de Educación Física, asegurar la rehabilitación segura de lesiones de acuerdo a los deseos del médico, y facilitar de otra manera el cuidado de salud apropiado según sea condicionalmente necesario. Esta autorización permanece en efecto por el periodo de un año civil de la fecha firmada abajo.
8. Reconozco que la escuela utiliza fotografías e imágenes de vídeo de los acontecimientos en los materiales publicitarios, como el sitio del web de la escuela, periódicos y doy permiso para que la foto/imágenes de vídeo de mi hijo o hijos que se toman sean utilizados con tales fines.
9. **(Para Fútbol Americano) ADVERTENCIA DEL CASCO: NINGÚN CASCO PUEDE PREVENIR TODAS LAS LESIONES A LA CABEZA O CUELLO DEL JUGADOR QUE PUEDA RECIBIR MIENTRAS ESTE PARTICIPANDO EN FÚTBOL. NO USES EL CASCO PARA DAR UN GOLPE CON LA CABEZA, CHOCAR O LANZAR AL JUGADOR OPUESTO. ESTO ES UNA VIOLACIÓN A LAS REGLAS DE FÚTBOL Y TAL USO PUEDE RESULTAR EN LESIONES SEVERAS A LA CABEZA O CUELLO, PARÁLISIS O MUERTE A TI O UNA LESIÓN POSIBLE A SU OPONENTE.**
   ADVERTENCIA SOBRE LA CONMOCIÓN CEREBRAL: FAMILIARIZARSE CON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS CONMOCIONES CEREBRALES, QUE PUEDEN INCLUIR DOLOR DE CABEZA, CONFUSIÓN, MAREOS Y PERDIDA DE MEMORIA, Y ACONSEJE A TODOS LOS ATLETAS DE REPORTAR SI PADECEN DE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS. SI UNA CONMOCIÓN CEREBRAL HA SIDO DIAGNOSTICADA, FAVOR DE NO VOLVER A JUGAR HASTA AUTORIZADO POR EXPERTOS ENTRENADOS MEDICAMENTE TRAS PUBLICACIONES ESCRITOS EN EL LAS DIRECTRICES PARA VOLVER A JUGAR (NOCSAE, 2010)
10. Yo entiendo que puedo cancelar o toda la autorización mencionada arriba en cualquier tiempo por escrito a WHS. También entiendo que las autorizaciones mencionadas arriba son un requisito de participación y que una revocación puede resultar en que este estudiante sea despedido de la actividad.
11. **Yo entiendo que al firmar declaro que toda la información es cierta y que la cobertura está al corriente y se mantendrá durante el término de participación del año escolar/atlético.**
12. ***Estudiante:*** **Yo he leído, entendido, y respetare las reglas y expectativas del Código de Conducta para Deportes/ Actividades de Estudiantes del Complejo de la Preparatoria Woodburn.**
13. ***Padre:*** **Yo he leído y entendido las reglas y expectativas del Código de Conducta para Deportes/Actividades de Estudiantes del Complejo de la Preparatoria Woodburn y doy permiso a mi hijo/hija para participar en los deportes/actividades del Complejo de la Preparatoria Woodburn.**

Firma de Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Firma de Estudiante: _____ **Fecha:** _____

Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 1: El estudiante o el padre o la madre lo completa ***Revisado en abril de 2023***

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: Formulario que deben completar el paciente y el padre/tutor antes de ver al proveedor. Los proveedores guardan una copia en el historial del paciente. Las escuelas conservan una copia en el expediente académico del alumno de acuerdo con los requisitos de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).

Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

Nombre: _____Fecha de nacimiento:_____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.

☐ Medicamentos ☐ Pólenes ☐ Alimentos ☐ Insectos que pican

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
Dé las respuestas de 0 a 3, utilizando esta escala: 0 = En absoluto; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días

Poco interés o placer por hacer cosas:	0	1	2	3	Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado:	0	1	2	3

Nota para los proveedores: Si la puntuación combinada es 3 o superior, el alumno debe ser evaluado más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Explique las respuestas "Sí" a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con su proveedor?		
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?		
4. ¿Ha tenido una infección por COVID-19 que haya requerido hospitalización?		
ESTAS PREGUNTAS NOS PERMITEN CONOCER LA SALUD DE SU CORAZÓN	**SÍ**	**NO**
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: ___ Hipertensión arterial ___ Un soplo cardíaco ___ Colesterol alto ___ Una infección del corazón ___ Enfermedad de Kawasaki Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
10. ¿Se marea o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER LA SALUD DEL CORAZÓN EN SU FAMILIA. POR FAVOR CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA	**SÍ**	**NO**
12. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente de auto inexplicable)?		
13. ¿Alguien de su familia padece algún problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
14. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA ÓSEO O ARTICULAR QUE PODRÍA LIMITAR SU CAPACIDAD PARA SER FÍSICAMENTE ACTIVO	SÍ	NO
15. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido?		
16. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO ACTUAL O PASADO	**SÍ**	**NO**
17. ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante/después del ejercicio?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		
19. ¿Tiene dolor inguinal o testicular o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?		
20. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente, o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras recibir un golpe o caerse?		
23. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
24. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?		
25. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN SABER SI ESTÁ PROPORCIONANDO A SU CUERPO LA ENERGÍA SUFICIENTE (COMBUSTIBLE) CUANDO ES FÍSICO Y ACTIVO	**SÍ**	**NO**
26. ¿Le preocupa su peso?		
27. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente/baje de peso?		
28. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
29. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? (En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas).		
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____		
32. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? _____		
33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí las respuestas afirmativas: _____

_____

_____

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada ; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de *©2023 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva. Los recursos relacionados con la salud mental de OHA pueden encontrarse en el sitio web de OSAA a través del código QR anterior o en https://www.osaa.org/resources.*

Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 2: El proveedor médico lo completa ***Revisado en abril de 2023***

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

(Nota: Los proveedores conservan una copia en el expediente del paciente. Las escuelas guardan una copia en el expediente educativo del estudiante de acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).

Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

Fecha del examen:_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento:_____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

EXAMEN		
Estatura: Peso: % de IMC:		
Presión sanguínea: / (/) Pulso: Visión D 20/ I 20/ Corregida ☐ SÍ ☐ NO		
MÉDICO	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Aspecto		
Ojos, oídos, nariz, garganta		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Sistema neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:

☐ No autorizado

- ☐ Pendiente de evaluación adicional
- ☐ Para cualquier deporte
- ☐ Para ciertos deportes: _____

Razón: _____

Recomendaciones: _____

_____

_____

_____

He examinado el estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en los deportes, según lo indicado anteriormente. Existe copia del examen físico en el expediente de mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela si los padres así lo solicitan. Si se presentaran condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el proveedor podrá rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se haya explicado completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores). Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escribir a mano o a máquina):_____ Fecha:_____

Dirección:_____ Teléfono: _____

Firma del proveedor:_____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada ; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©*2023 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva. Los recursos relacionados con la salud mental de OHA pueden encontrarse en el sitio web de OSAA a través del código QR anterior o en https://www.osaa.org/resources.*

Examen previo a la participación en los deportes de la escuela – protocolo de examen sugerido por el proveedor de atención médica *Revisado en mayo de 2017*

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Pedirle al paciente que:	Para comprobar:
1. Se ponga frente al examinador	Articulaciones, complexión general
2. Mire al techo, al piso, sobre los hombros, toque las orejas a los hombros	Movimiento de la columna cervical
3. Se encoja de hombros (contra resistencia)	Fuerza del trapecio
4. Mueva los hombros 90 grados, contra resistencia	Fuerza deltoide
5. Rote externamente los brazos por completo	Movimiento de hombro
6. Flexione y extienda los codos	Movimiento de codo
7. Ponga los brazos a los lados, los codos a 90 grados de flexión, muñecas pronadas/supinadas	Movimiento del codo y la muñeca
8. Que extienda los dedos, haciendo un puño	Movimiento de mano y dedos, deformidades
9. Contraiga los cuádriceps, relaje los cuádriceps	Simetría y efusión de la rodilla/tobillo
10. Que haga la "marcha del pato " 4 pasos del examinador	Movimiento de cadera, rodilla y tobillo
11. Quedarse de pie de espaldas al examinador	Simetría del hombro, escoliosis
12. Que con las rodillas rectas, se toque los dedos del pie	Escoliosis, movimientos de cadera, tendones
13. Se eleve sobre los talones, luego sobre los dedos del pie	Simetría de la pantorrilla, fuerza de las piernas

EVALUACIÓN DE SOPLOS – La auscultación se debe realizar sentado, decúbito supino y en cuclillas en una sala silenciosa usando el diafragma y la campana de un estetoscopio.

Hallazgo de auscultación de:	Se descarta:
1. S1 oído fácilmente; no holosistólico, suave, grave	Comunicación Interventricular e insuficiencia mitral
2. S2 normal	Tetralogía, CIA e hipertensión pulmonar
3. No expulsión o clic mesosistólico	Estenosis aórtica y estenosis pulmonar
4. Continuo soplo diastólico ausente	Conducto arterioso persistente
5. No hay soplo diastólico precoz	Insuficiencia aórtica
6. Pulsos femorales normales (Equivalente a pulsos braquiales en fuerza y llegada)	Coartación aórtica

CONMOCIÓN CEREBRAL: ¿Cuándo puede un atleta volver a jugar después de sufrir una conmoción cerebral?

Después de sufrir una conmoción cerebral, ningún atleta debería volver a jugar o practicar en el mismo día. Antes se permitía a los atletas volver a jugar si los síntomas desaparecían en 15 minutos desde la lesión. Los estudios han demostrado que el cerebro joven no se recupera tan rápidamente, así la que la asamblea legislativa de Oregon ha establecido una regla por la que ningún jugador podrá volver a jugar luego de una conmoción cerebral el mismo día y el atleta deberá recibir autorización de un profesional de la salud capacitado antes de poder regresar al juego o a la práctica.

Progresión gradual y escalonada de retorno a la participación: Se requiere una autorización médica por **ORS 336.485, ORS 417.875** antes de volver a participar.

1. Actividad limitada por los síntomas: Reposo relativo hasta 48-72 horas. Permita una actividad física y cognitiva de baja intensidad. Puede incluir quedarse en casa o limitar las horas escolares y / o la tarea. Reintroduzca gradualmente una actividad muy ligera mientras limita los síntomas.
2. Ejercicio aeróbico ligero: Caminar o bicicleta estática a una intensidad de baja a moderada; sin contacto, resistencia o entrenamiento con pesas.
3. Ejercicio deportivo específico: Carreras de velocidad, regatear en baloncesto o fútbol; sin casco ni equipo, sin actividades de impacto en la cabeza.
4. Entrenamiento sin contacto: Ejercicios más complejos con el equipo completo. Puede comenzar el entrenamiento con pesas o de resistencia.

**Antes de pasar a la siguiente etapa, el deportista debe estar totalmente recuperado, tener el alta médica y asistir a la escuela a tiempo completo sin adaptaciones.

5. Práctica de contacto completo: Participar en actividades normales de entrenamiento de contacto completo.
6. Retorno a la participación sin restricciones / Plena competencia: Juego contra el equipo contrario.

El atleta debe pasar un mínimo de un día en cada paso. Si los síntomas reaparecen, el deportista debe interrumpir la actividad y ponerse en contacto con su entrenador deportivo u otro profesional de la salud. Dependiendo del tipo específico y de la gravedad de los síntomas, se le puede indicar al deportista que descanse durante 24 horas y luego reanude la actividad un escalón por debajo del nivel en el que se produjeron los síntomas. La progresión gradual se aplica a todas las actividades, incluidos los deportes y las clases de educación física.

581-021-0041 Formulario y protocolo para exámenes físicos de deportes

1. El Consejo Estatal de Educación adopta por referencia el formulario titulado "Examen previo a la participación en los deportes de la escuela", de fecha de abril de 2023, que debe utilizarse para documentar los exámenes físicos y establece el protocolo para llevar a cabo el examen físico. El formulario puede utilizarse en papel o formato electrónico. Los proveedores de atención médica pueden utilizar sus sistemas de registros médicos electrónicos para producir el formato electrónico. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos a los estudiantes que participan en actividades extracurriculares, en los grados 7 a 12, deberán utilizar el formulario.
2. Si el formulario se elabora a partir de un historial médico electrónico, deberá contener la siguiente declaración encima de la línea de firma del proveedor médico: Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".
3. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2018 y antes del 1 de mayo de 2023 deberán utilizar el formulario con fecha de mayo de 2017.
4. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2023 y antes del 1 de mayo de 2024 podrán utilizar el formulario con fecha de mayo de 2017 o el formulario con fecha de abril de 2023.
5. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2024 deberán utilizar el formulario con fecha de abril de 2023.

NOTA: El formulario se puede encontrar en la página web de la Asociación de Actividades Escolares de Oregon (OSAA) en https://www.osaa.org/health-safety.
Estatutario / Otra Autoridad: ORS 326.051
Estatutos / Otros implementados: ORS 336.479