



PARTICIPACIÓN ANUAL EN DEPORTES Y ACTIVIDADES SELECCIONADAS

(Incluye todos los deportes, JROTC, equipos de Baile competitivo, Banda de marcha y Guardia)

INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Fecha: _____

Nombre del/de la estudiante: _____ N.º de id. del/de la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela de OCPS: _____ Grado: _____

AVISO PARA PADRES/TUTORES LEGALES

La Junta Escolar del Condado de Orange, Florida ("SBOC") ofrece una variedad de deportes atléticos y otras actividades físicas a los/las estudiantes inscritos(as), y se esfuerza por que cada escuela secundaria e intermedia sea integrante activa de la Asociación Atlética de Escuelas Secundarias de Florida (Florida High School Athletic Association) para que los/las estudiantes atletas puedan participar en competencias deportivas autorizadas. Al firmar este acuerdo, el padre/madre/tutor legal comprende y acepta que existen riesgos inherentes asociados con la participación del/de la estudiante atleta mencionado(a) en deportes y actividades seleccionadas: incluidos, entre otros, acondicionamiento de pretemporada, prácticas programadas, entrenamientos, juegos, competencias, y campeonatos regionales y estatales, y por la presente otorga permiso para que el/la estudiante mencionado(a) participe en deportes y actividades seleccionadas (JROTC, equipos de Danza Competitiva, Banda de marcha y Guardia) como estudiante atleta y/o participante en otras actividades seleccionadas.

AVISO DE RESPONSABILIDAD DEL/DE LA ESTUDIANTE ATLETA O PARTICIPANTE Y PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Como padre/madre/tutor legal del/de la estudiante atleta que participará en deportes y actividades seleccionadas organizadas por el programa de atletismo y otros programas de SBOC, el padre/madre/tutor legal comprende y acepta las siguientes reglas y responsabilidades:

CALIFICACIONES PARA PARTICIPAR

- a) Se requiere un examen físico de aptitud deportiva del/de la estudiante atleta/participante y los resultados se proporcionarán a la persona designada del departamento de Atletismo de la escuela (generalmente el preparador físico de atletismo) anualmente, de conformidad con las reglas y pautas de la FHSAA. Los exámenes físicos deben ser realizados por un proveedor médico con licencia en el Estado de Florida, sin relación familiar con el/la estudiante atleta. El departamento de Atletismo impedirá que el/la estudiante atleta/participante participe si no se recibe toda la documentación requerida 48 horas antes de la fecha límite o de las pruebas.
- b) Se requiere que el/la estudiante atleta/participante se realice un electrocardiograma ("ECG") antes de participar en cualquier acondicionamiento, práctica o juego. La omisión de la presentación de un ECG desencadenará la denegación de la capacidad del/de la estudiante atleta/participante para participar en deportes y actividades seleccionadas. El resultado de dicho ECG debe demostrar que no existen anomalías antes de que el/la estudiante atleta/participante pueda participar en cualquier acondicionamiento, práctica y juego. Si el/la estudiante atleta/participante tiene un ECG anormal, no se le permitirá participar en ningún acondicionamiento, práctica o juego hasta que un cardiólogo pediátrico o un cardiólogo autoricen al/a la estudiante atleta/participante para que participe plenamente. El/La estudiante atleta/participante deberá proporcionar a su preparador físico de atletismo una autorización por escrito donde conste que el/la estudiante atleta/participante puede participar plenamente en el acondicionamiento, las prácticas y los juegos, como condición para que se le permita participar después de un resultado de ECG anormal. El padre/madre/tutor legal renuncia, libera y mantiene indemne a SBOC, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad, incluso por reclamos de negligencia, que surjan del examen de ECG y/o cualquier lesión y/o muerte que se relacione directamente con la participación en cualquier acondicionamiento, práctica y juegos después de que se complete el examen de ECG. El padre/madre/tutor legal renuncia, libera y mantiene indemne a SBOC, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad, incluso por reclamos de negligencia, por cualquier lesión y/o muerte que surja de la participación en acondicionamiento, prácticas o juegos después de que un(a) estudiante atleta/participante reciba plena autorización para participar por parte de un cardiólogo pediátrico o un cardiólogo después de un ECG anormal. Los/Las estudiantes solo deberán realizarse un ECG durante sus cuatro años de participación mientras estén inscritos(as) en OCPS.
- c) La asistencia a todas las prácticas y juegos, incluida la llegada a tiempo y la preparación, es un compromiso del padre/madre/tutor legal y del/de la estudiante atleta con su equipo, la escuela y el deporte. El/La estudiante atleta/participante y el padre/madre/tutor legal acuerdan respetar las directivas escolares con respecto a la participación del/de la estudiante atleta en las actividades deportivas.



PARTICIPACIÓN ANUAL EN DEPORTES Y ACTIVIDADES SELECCIONADAS

(Incluye todos los deportes, JROTC, equipos de Baile competitivo, Banda de marcha y Guardia)

- d) La llegada y salida de las actividades deportivas es responsabilidad del padre/madre/tutor legal, a menos que se proporcione transporte específico designado por SBOC. El padre/madre/tutor legal renuncia, libera y mantiene indemne a SBOC, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad que surja de la liberación por parte de SBOC del/de la estudiante atleta/participante de los deportes y actividades seleccionadas para el regreso individual a su casa, ya sea que su método y medio sea a pie, en bicicleta, en vehículo motorizado u otros medios diversos sin compañía, con amigos, parientes u otras personas a discreción del/de la estudiante atleta/participante.
- e) La elegibilidad del/de la estudiante atleta/participante para participar en actividades deportivas y otras actividades seleccionadas será determinada por la administración de la escuela, de conformidad con el Código de Conducta Estudiantil de SBOC, que incluye, entre otros, que el/la estudiante atleta/participante mantenga calificaciones satisfactorias, muestre un comportamiento apropiado y cumpla con las reglas del equipo.
- f) Se debe informar de inmediato al preparador físico de atletismo o al director de atletismo de SBOC sobre cualquier lesión, cambio en las condiciones médicas y/o tratamientos médicos que hayan ocurrido como resultado de la participación del/de la estudiante atleta en actividades deportivas o que pudieran afectar su capacidad para continuar participando en deportes y actividades seleccionadas. Previa solicitud, el/la estudiante atleta/participante procurará tratamiento médico y proporcionará a SBOC los registros del proveedor médico sobre la elegibilidad para participar en deportes y actividades seleccionadas. SBOC puede impedir temporalmente la participación en cualquier actividad deportiva o actividad seleccionada en cualquier momento que se considere apropiado, y no se permitirá que el/la estudiante atleta/participante reanude el deporte o las actividades seleccionadas sin una nota o registros médicos satisfactorios.
- g) Si existiera algún documento deportivo, formulario de examen físico o firma en dicho documento que haya sido falsificado, tergiversado o excluido deliberadamente, el/la estudiante atleta/participante será suspendido(a) inmediatamente del equipo/grupo deportivo y será declarado(a) como no elegible para todos los deportes o actividades seleccionadas. La condición de no elegible y la suspensión deportiva serán efectivas por un año calendario a partir de la fecha de divulgación.
- h) La evaluación física anual debe ser administrada por un médico con licencia, un médico osteópata con licencia, un médico quiropráctico con licencia, un asistente médico con licencia o personal de enfermería practicante avanzado registrado con certificación. Los resultados del ECG deben ser interpretados por un cardiólogo pediátrico o un cardiólogo.

CONFIRMACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Al firmar este documento a continuación, reconozco y ratifico todas las declaraciones anteriores. También asumo voluntariamente todos los riesgos a los que yo y/o el/la estudiante atleta mencionado(a) podamos estar expuestos o ser infectados por COVID-19 como resultado de la participación en actividades extracurriculares, y que dicha exposición o infección pueda desencadenar lesiones personales, enfermedades, dolencias y/o muerte. Entiendo que el riesgo de exposición o infección puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia mía, de mi(s) hijo(s), del personal de SBOC, de los voluntarios o agentes, de otros participantes en las actividades o de otras personas que no figuran en la lista, y reconozco que todos esos riesgos me son conocidos.

En consideración de que yo y el/la estudiante atleta mencionado(a) podamos participar en las actividades extracurriculares, yo, en mi nombre, así como cualquier persona con derecho a obrar en mi nombre, por la presente renuncio, libero y mantengo indemne para siempre a la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida, y sus empleados y agentes de cualquier y todos los reclamos (incluida la negligencia), demandas, responsabilidades, acciones legales, juicios, honorarios de abogados, costas y cualquier gasto de cualquier tipo que resulte de lesiones o daños, basados en agravio o de otra índole, que yo y/o el/la estudiante atleta mencionado(a), o mis o nuestros representantes, sostengamos durante o en relación con la participación o interacción del/de la estudiante atleta en las actividades.

Por la presente, reconozco y certifico que he leído este documento en su totalidad; he analizado y explicado los términos con el/la estudiante atleta mencionado(a); entiendo y acepto estar sujeto a los términos en mi nombre y en el del/de la estudiante atleta mencionado(a).

Firma de padre/madre/tutor legal

Nombre de padre/madre/tutor legal (imprenta)

Fecha



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de antecedentes médicos debe conservarse a cargo del proveedor de atención médica y/o la madre/el padre.

Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma a continuación.

EL2

Revisado: 3/23

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Información del/de la estudiante (para ser completado por el/la estudiante y su padre/madre) *en letra imprenta legible*

Nombre completo del/de la estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
 Dirección del hogar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del hogar: (____) _____
 Nombre de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Vínculo con el/la estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica familiar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

Enumere las afecciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez se ha realizado alguna cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas correspondientes:

Medicamentos y suplementos (detalle todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos [herbales y nutricionales] que use actualmente):

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, describa todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Cuestionario de salud para pacientes - versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marque la respuesta en un círculo)

| | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|-------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Se sintió nervioso(a), con ansiedad o al límite | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No fue capaz de detener o controlar una preocupación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sintió poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se sintió deprimido(a), decaído(a) o con impotencia | 0 | 1 | 2 | 3 |

| PREGUNTAS GENERALES | | Sí | No | PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación) | | Sí | No |
|--|--|----|----|--|--|----|----|
| Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Marque con un círculo las preguntas si no sabe la respuesta. | | | | | | | |
| 1 | ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor? | | | 8 | ¿Alguna vez un médico le solicitó una prueba de su corazón? Por ejemplo, ¿un electrocardiograma (ECG) o un ecocardiograma (ECHO)? | | |
| 2 | ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por el motivo que fuere? | | | 9 | ¿Siente mareos o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio? | | |
| 3 | ¿Está atravesando actualmente algún problema médico o tuvo enfermedades recientes? | | | 10 | ¿Alguna vez ha tenido una convulsión? | | |
| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA | | Sí | No | PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA | | Sí | No |
| 4 | ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después de hacer ejercicio físico? | | | 11 | ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluye ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable) | | |
| 5 | ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio físico? | | | 12 | ¿Alguien en su familia tiene algún problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), 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 (TVPC)? | | |
| 6 | ¿Su corazón alguna vez se acelera, aletea en su pecho o se saltea latidos (latidos irregulares) durante la actividad física? | | | 13 | ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante con un desfibrilador antes de los 35 años? | | |
| 7 | ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene algún problema cardíaco? | | | | | | |

Este formulario no se considera válido si no tiene todas las secciones completas.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de antecedentes médicos debe conservarse a cargo del proveedor de atención médica y/o la madre/el padre.

Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma a continuación.

EL2

Revisado: 3/23

Nombre completo del/de la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

| PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES | | Sí | No | PREGUNTAS MÉDICAS (continuación) | | Sí | No |
|---|---|----|----|--|---|----|----|
| 14 | ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés? | | | 26 | ¿Le preocupa su peso? | | |
| 15 | ¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón y tuvo que perderse una práctica o un juego? | | | 27 | ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso? | | |
| 16 | ¿Tiene una lesión en algún hueso, músculo, ligamento o articulación que actualmente le moleste? | | | 28 | ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? | | |
| PREGUNTAS MÉDICAS | | Sí | No | 29 | ¿Alguna vez ha sufrido algún trastorno alimentario? | | |
| 17 | ¿Tose, produce un silbido al respirar o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez algún proveedor le ha diagnosticado asma? | | | Explique las respuestas "Sí" a continuación: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | | |
| 18 | ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano? | | | | | | |
| 19 | ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o algún bulto doloroso o una hernia en el área inguinal? | | | | | | |
| 20 | ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones que van y vienen, incluidos herpes o estafilococo áureo resistente a la metilina (MRSA)? | | | | | | |
| 21 | ¿Ha sufrido alguna conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? | | | | | | |
| 22 | ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída? | | | | | | |
| 23 | ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio con un clima caluroso? | | | | | | |
| 24 | ¿Usted, o alguien de su familia, tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? | | | | | | |
| 25 | ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión? | | | | | | |

Este formulario no se considera válido si no tiene todas las secciones completas.

La participación en los deportes de la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El/La estudiante atleta y el padre/madre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al/a la estudiante atleta individual con respecto a los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con los deportes. El Estatuto de Florida 1006.20 exige que los/las estudiantes candidatos(as) a equipos atléticos interescolares completen con éxito una evaluación física previa a la participación como primer paso para la prevención de lesiones. Esta evaluación física previa a la participación deberá completarse cada año, antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Además de la evaluación física de rutina exigida por el Estatuto de Florida 1006.20 y el Reglamento 9.7 de la FHSAA, entendemos y reconocemos que por la presente se nos informa que el/la estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO), y/o prueba de esfuerzo cardiovascular. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales mencionadas anteriormente.

Nombre del/de la estudiante atleta: _____ (impresión) Firma del/de la estudiante atleta: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre de padre/madre/tutor: _____ (impresión) Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre de padre/madre/tutor: _____ (impresión) Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

Este formulario de antecedentes médicos debe conservarse a cargo del proveedor de atención médica y/o la madre/el padre.

Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma a continuación.

EL2

Revisado: 3/23

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del/de la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

RECORDATORIOS DEL MÉDICO:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

| | |
|---|---|
| • ¿Se siente estresado(a) o bajo mucha presión? | • ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperanzado(a), deprimido(a) o ansioso(a)? |
| • ¿Se siente seguro(a) en su casa o residencia? | • Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco para mascar, rapé o dip? |
| • ¿Bebe alcohol o usa alguna otra droga? | • ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento? |
| • ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarle a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? | |

Verifique la finalización de los antecedentes médicos EL2 de FHSAA (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de los antecedentes médicos como parte de su evaluación. Las preguntas sobre antecedentes/síntomas cardiovasculares incluyen Q4-Q13 del formulario de antecedentes médicos. (marque la casilla si está completo)

| EXAMEN | | | |
|---|--------|---------------------------------------|---------------------|
| Altura: | Peso: | | |
| PA: / (/) | Pulso: | Visión: R 20/ L 20/ Corrección: Sí No | |
| MÉDICO: el profesional médico debe poner sus iniciales en cada evaluación. | | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES |
| Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aórtica) | | | |
| Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas iguales • Audición | | | |
| Ganglios linfáticos | | | |
| Corazón • Soplos (auscultación de pie, auscultación en decúbito supino y maniobra de Valsalva) | | | |
| Pulmones | | | |
| Abdomen | | | |
| Piel • Herpes Simplex Virus (HSV), lesiones sugestivas de estafilococo áureo resistente a la metilina (MRSA) o tinea corporis | | | |
| Neurológica | | | |
| MUSCULOESQUELÉTICO: el profesional médico debe poner sus iniciales en cada evaluación | | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES |
| Cuello | | | |
| Espalda | | | |
| Hombro y brazo | | | |
| Codo y antebrazo | | | |
| Muñeca, mano y dedos | | | |
| Cadera y muslo | | | |
| Rodilla | | | |
| Pierna y tobillo | | | |
| Pie y dedos de los pies | | | |
| Funcional • Prueba de sentadilla con las dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso | | | |

Este formulario no se considera válido si no tiene todas las secciones completas.

*Considerar electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO), derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos o hallazgos de exámenes anormales, o cualquier combinación de los mismos. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA recomienda encarecidamente a un(a) estudiante-atleta (padre/madre) que se realice una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que puede incluir un electrocardiograma.

Nombre del profesional médico (en imprenta o a máquina): _____ Fecha del examen: ___/___/___

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Firma del profesional médico: _____ Credenciales: _____ Número de licencia: _____



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 4 de 4)

PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma a continuación.

EL2

Revisado: 3/23

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del/de la estudiante (para ser completado por el/la estudiante y su padre/madre) *en letra imprenta legible*

Nombre completo del/de la estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
 Dirección del hogar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del hogar: (_____) _____
 Nombre de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Vínculo con el/la estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (_____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ Otro teléfono: (_____) _____
 Proveedor de atención médica familiar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del consultorio: (_____) _____

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*
- Médicamente elegible solo para ciertos deportes que se enumeran a continuación:
- Médicamente no elegible para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al/a la estudiante-atleta mencionado(a) anteriormente utilizando la evaluación física previa a la participación EL2 de la FHSAA y he proporcionado las conclusiones enumeradas anteriormente. Se ha retenido una copia del examen y los padres pueden acceder a ella si así lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional médico adecuado antes de poder participar en las actividades.

Nombre del profesional médico (en imprenta o a máquina): _____ Fecha: ___/___/___
 Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____
 Firma del profesional médico: _____ Credenciales: _____ Número de licencia: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el médico y el padre/madre

- Marque esta casilla si no hay antecedentes médicos relevantes para compartir relacionados con la participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor *(si lo requiere la escuela)*

Medicamentos: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Lista: _____

Antecedentes médicos relevantes para ser revisado por el preparador físico de atletismo/médico del equipo: *(explique a continuación; use una hoja adicional si es necesario)*

- Alergias Asma Cerebral/Cardíaco Conmoción Diabetes Golpe de calor Ortopédico Historial quirúrgico Rasgo de células falciformes Otro

Explique: _____

Firma del/de la estudiante: _____ Fecha: ___/___/___ Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información consignada en este formulario es completa y correcta. Entendemos y reconocemos que por la presente se nos informa que el/la estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO), y/o prueba de esfuerzo cardiovascular.

Este formulario no se considera válido si no tiene todas las secciones completas.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Suplemento)

PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma a continuación.

EL2

Revisado: 3/23

Este formulario solo se usa o solicita si un(a) estudiante atleta ha sido derivado(a) para una evaluación adicional, antes de la autorización médica completa.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA - Formulario del proveedor al que se remite

Información del/de la estudiante (para ser completado por el/la estudiante y su padre/madre) *en letra imprenta legible*

Nombre completo del/de la estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____

Dirección del hogar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del hogar: (____) _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Vínculo con el/la estudiante: _____

Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

Proveedor de atención médica familiar: _____ Estado/Ciudad: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

Remitido para: _____ Diagnóstico: _____

Por la presente, certifico que la evaluación y exámenes para los cuales este(a) estudiante atleta fue remitido(a) han sido realizados por mí mismo o por un médico bajo mi supervisión directa con las conclusiones que se documentan a continuación:

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones, a partir de la fecha de la firma a continuación
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones después de completar el siguiente plan de tratamiento: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Médicamente elegible solo para ciertos deportes que se enumeran a continuación:

Médicamente no elegible para ningún deporte

Otras recomendaciones: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Nombre del profesional médico (en imprenta o a máquina): _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Firma del profesional médico: _____ Credenciales: _____ Número de licencia: _____

Sello del proveedor *(si lo requiere la escuela)*



Este formulario completo debe ser archivado a cargo de la escuela. Este formulario tiene una validez de 365 días naturales a partir de la fecha de la firma más reciente. Este formulario es intransferible: si se produce un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario, deberá enviarse nuevamente.

Escuela: _____ Distrito escolar (si corresponde): _____

Parte 1: Reconocimiento y eximición del/de la estudiante (para ser firmado por el/la estudiante en la parte inferior)

He leído las Reglas de elegibilidad de la FHSAA (resumidas) impresas en la página 5 de este "Certificado de consentimiento y eximición de responsabilidad" y no conozco ningún motivo por el cual yo no sea elegible para representar a mi escuela en la competencia de atletismo interescolar. Si me aceptan como representante, acepto seguir las reglas de mi escuela y de la FHSAA y acatar sus decisiones. Sé que la participación atlética es un privilegio. Conozco los riesgos involucrados en la participación atlética, comprendo que en dicha participación es posible sufrir lesiones graves, incluida la posibilidad de una conmoción cerebral e incluso la muerte, y elijo asumir dichos riesgos. Acepto voluntariamente toda responsabilidad por mi propia seguridad y bienestar mientras participo en actividades de atletismo, con pleno entendimiento de los riesgos involucrados. Si soy mayor de 18 años de edad, o si estoy emancipado(a) de mi(s) padre(s)/tutor(es), por la presente eximo y mantengo indemne a mi escuela, las escuelas contra las que compite, el distrito escolar, los funcionarios del concurso, y la FHSAA de cualquier y toda responsabilidad por cualquier lesión o reclamo que resulte de dicha participación atlética, y acepto no emprender ninguna acción legal contra la FHSAA debido a cualquier accidente o percance relacionado con mi participación atlética. Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente en caso de que sea necesaria un tratamiento por enfermedad o lesión. Por la presente otorgo a la FHSAA el derecho de revisar todos los registros relevantes para mi elegibilidad para atletismo, incluidos, entre otros, mis registros relacionados con la inscripción y asistencia, condición académica, edad, disciplina, finanzas, residencia y estado físico. Por la presente otorgo a las partes eximidas el derecho de fotografiarme y/o grabarme en video y de usar mi nombre, rostro, imagen, voz y apariencia en relación con exhibiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reserva ni limitación. Las partes eximidas, sin embargo, no están obligadas a ejercer dichos derechos en este documento. Entiendo que las autorizaciones y los derechos otorgados en virtud de este documento son voluntarios y que puedo revocar cualquiera o todos ellos en cualquier momento, presentando dicha revocación por escrito a mi escuela. Sin embargo, al hacerlo, entiendo que ya no seré elegible para participar en deportes interescolares.

Parte 2: Consentimiento, reconocimiento y divulgación de los padres/tutores (para ser completado y firmado por el(los) padre(s)/tutor(es) en la parte inferior; en caso de divorcio o separación, el padre/madre/tutor con custodia legal debe firmar).

A. Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo(a)/tutelado(a) participe en cualquier deporte reconocido o regulado por la FHSAA, EXCEPTO los siguientes deportes:

Enumere aquí las excepciones de deporte(s)

B. Entiendo que la participación puede requerir una salida anticipada de las clases.

C. Sé y reconozco que mi hijo(a)/tutelado(a) conoce los riesgos relacionados con la participación atlética interescolar, entiendo que es posible sufrir lesiones graves e incluso la muerte en dicha participación y elijo aceptar toda responsabilidad por su seguridad y bienestar mientras participando en actividades de atletismo. Con total entendimiento de los riesgos involucrados, libero y eximo de responsabilidad a la escuela de mi hijo(a)/tutelado(a), las escuelas contra las que compite, el distrito escolar, los funcionarios del concurso y la FHSAA de toda responsabilidad por cualquier lesión o reclamo que resulte de dicha participación atlética y acepto no emprender acciones legales contra la FHSAA debido a cualquier accidente o percance que involucre la participación atlética de mi hijo(a)/tutelado(a). Como se requiere en F.S. 1014.06(1), autorizo específicamente que un profesional de la salud brinde servicios de atención médica a mi hijo(a)/tutelado(a), tal como se define en F.S. 456.001, o alguien bajo la supervisión directa de un profesional de la salud, en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento, mientras mi hijo(a)/tutelado(a) está bajo la supervisión de la escuela. Por la presente, también autorizo el uso o la divulgación de la información de salud identificable individualmente de mi hijo(a)/tutelado(a) en caso de que sea necesaria un tratamiento por enfermedad o lesión. Otorgo mi consentimiento para la divulgación a la FHSAA, previa solicitud, de todos los registros relevantes para la elegibilidad atlética de mi hijo(a)/tutelado(a), incluidos, entre otros, registros relacionados con la inscripción y asistencia, nivel académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y aptitud física. Por la presente otorgo a las partes eximidas el derecho de fotografiar y/o grabar a mi hijo(a)/tutelado(a) en video y de usar el nombre, rostro, imagen, voz y apariencia de mi hijo(a)/tutelado(a) en relación con exhibiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reserva ni limitación. Las partes eximidas, sin embargo, no están obligadas a ejercer dichos derechos en este documento.

D. Soy consciente del peligro potencial de conmociones cerebrales y/o lesiones en la cabeza y el cuello en el atletismo interescolar. También tengo conocimiento sobre el riesgo de seguir participando una vez que se sufre una lesión de este tipo sin la autorización médica adecuada.

LEA ESTE FORMULARIO COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE. USTED ACEPTA PERMITIR QUE SU HIJO(A)/TUTELADO(A) MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTA QUE, INCLUSO SI LA ESCUELA DE SU HIJO(A) O TUTELADO(A), LAS ESCUELAS CONTRA LAS CUALES COMPITE, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS FUNCIONARIOS DE LOS CONCURSOS Y LA FHSAA APLICAN EL CUIDADO RAZONABLE AL ADMINISTRAR ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO(A)/TUTELADO(A) SUFRA UNA LESIÓN GRAVE O INCLUSO LA MUERTE AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD, PORQUE EXISTEN CIERTOS PELIGROS INHERENTES A LA ACTIVIDAD QUE NO ES POSIBLE EVITAR NI ELIMINAR. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RENUNCIA A LOS DERECHOS DE SU HIJO(A)/TUTELADO(A) Y A SU DERECHO A RECUPERAR DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A) O TUTELADO(A), LAS ESCUELAS CONTRA LAS CUALES COMPITE, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS FUNCIONARIOS DEL CONCURSO Y LA FHSAA EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL, INCLUYENDO LA MUERTE, DE SU HIJO(A)/TUTELADO(A) O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE INHERENTE DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y LA ESCUELA DE SU HIJO(A)/TUTELADO(A), LAS ESCUELAS CONTRA LAS QUE COMPITE, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS FUNCIONARIOS DEL CONCURSO Y LA FHSAA TIENEN DERECHO A RECHAZAR LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO(A)/TUTELADO(A) SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

E. Acepto que, en caso de que emprendamos/procedamos con un litigio en busca de una medida cautelar u otra acción legal que afecte a mi hijo(a)/tutelado(a) (individualmente) o la participación del equipo de mi hijo(a)/tutelado(a) en Concursos de la Serie Estatal de la FHSAA, dicha acción se presentará ante el Tribunal de Circuito del Condado de Alachua, Florida.

F. Entiendo que las autorizaciones y los derechos otorgados en virtud de este documento son voluntarios y que puedo revocar cualquiera o todos ellos en cualquier momento, presentando dicha revocación por escrito a la escuela de mi hijo(a)/tutelado(a). Sin embargo, al hacerlo, entiendo que mi hijo(a)/tutelado(a) ya no será elegible para participar en deportes interescolares.

G. Por favor, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):

Mi hijo(a)/tutelado(a) tiene cobertura con nuestro plan de seguro médico familiar, que tiene límites de no menos de \$25,000.

Compañía: _____ Número de póliza: _____

Mi hijo(a)/tutelado(a) tiene cobertura con el plan de seguro médico básico para las actividades de su escuela.

Contraté un seguro de fútbol suplementario a través de la escuela de mi hijo(a)/tutelado(a).

HE LEÍDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SÉ QUE CONTIENE UNA EXIMICIÓN (solo se requiere la firma de un padre/madre/tutor)

Nombre de padre/madre/tutor (impresión) _____ Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Nombre de padre/madre/tutor (impresión) _____ Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha _____

HE LEÍDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SÉ QUE CONTIENE UNA EXIMICIÓN (se requiere la firma del/de la estudiante)

Nombre del/de la estudiante (impresión) _____ Firma del/de la estudiante _____ Fecha _____



Este formulario completo debe ser archivado a cargo de la escuela. Este formulario tiene una validez de 365 días naturales a partir de la fecha de la firma más reciente. Este formulario es intransferible: si se produce un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario, deberá enviarse nuevamente.

Escuela: _____ Distrito escolar (si corresponde): _____

Información sobre conmoción cerebral

La conmoción cerebral es una lesión cerebral. Las conmociones cerebrales, así como todas las demás lesiones en la cabeza, son graves. Pueden ser causadas por un golpe, un giro de la cabeza, una desaceleración o aceleración repentina, un sacudón o latigazo con la cabeza, o por un golpe que desencadena una transmisión de fuerza hacia la cabeza. No es posible ver una conmoción cerebral, y más del 90 % de todas las conmociones cerebrales ocurren sin pérdida del conocimiento. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden tardar horas o días en manifestarse plenamente. Todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y, si no se gestionan adecuadamente, pueden provocar complicaciones que incluyen daño cerebral y, en casos raros, incluso la muerte. Incluso un "golpecito inocente" o un empujón en la cabeza pueden ser graves. Si su hijo(a) informa algún síntoma de conmoción cerebral, o si usted mismo nota los síntomas o signos de conmoción cerebral, debe retirar a su hijo(a) del juego de inmediato, para que sea evaluado(a) por un profesional médico y autorizado(a) por un médico.

Signos y síntomas de la conmoción cerebral:

Los síntomas de la conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden tardar varios días en manifestarse. Los estudios han demostrado que los síntomas tardan en promedio de 10 a 14 días o más en resolverse y, en casos raros o si el/la atleta ha sufrido múltiples conmociones cerebrales, los síntomas pueden prolongarse. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden incluir los siguientes: (no todos ellos)

- Mirada vacía o visión de estrellas
- Falta de conciencia del entorno
- Emociones desproporcionadas respecto de las circunstancias (llanto o ira exagerados)
- Dolor de cabeza o dolor de cabeza persistente, náuseas, vómitos
- Visión alterada
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Retraso en las respuestas verbales y motrices
- Desorientación, dificultad para hablar o habla incoherente
- Mareos, incluidos aturdimiento, vértigo (dar vueltas) o pérdida del equilibrio (tambalearse o sensación de nadar)
- Disminución de la coordinación, tiempo de reacción
- Confusión e incapacidad para centrar la atención
- Pérdida de memoria
- Cambio repentino en el rendimiento académico o caída en las calificaciones
- Irritabilidad, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, propensión al nerviosismo
- En casos raros, pérdida de la conciencia

PELIGROS si su hijo(a) continúa jugando con una conmoción cerebral o regresa sin haberse recuperado completamente:

Los/Las atletas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben retirarse de la actividad (juego o práctica) de inmediato. Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral hacer que el/la atleta joven quede especialmente vulnerable a sufrir otra conmoción cerebral. Los/Las atletas que sufren una segunda conmoción cerebral antes de que se hayan resuelto los síntomas de la primera conmoción cerebral y de que el cerebro haya tenido la oportunidad de sanar, corren el riesgo de sufrir síntomas prolongados de conmoción cerebral, discapacidad permanente e incluso la muerte (llamado "síndrome del segundo impacto", donde la inflamación del cerebro resulta imposible de controlar). También hay evidencia de que las conmociones cerebrales múltiples pueden provocar síntomas a largo plazo, incluida la demencia precoz.

Pasos que debe seguir si sospecha que su hijo(a) puede haber sufrido una conmoción cerebral:

Cualquier atleta de quien se sospeche que pueda haber sufrido una conmoción cerebral debe ser retirado(a) de la actividad de inmediato. Ningún atleta puede volver a la actividad después de una aparente lesión en la cabeza o una conmoción cerebral, independientemente de cuán leve parezca o cuán rápido desaparezcan los síntomas, sin autorización médica por escrito de un profesional de la salud apropiado (AHCP). En Florida, un profesional de la salud apropiado (AHCP) se define como un médico con licencia (MD, según el Capítulo 458 de los Estatutos de Florida) o un médico osteópata con licencia (DO, según el Capítulo 459 de los Estatutos de Florida). Es necesario continuar la observación cercana del/de la atleta durante varias horas. También debe procurar atención médica e informar al entrenador de su hijo(a) si cree que su hijo(a) puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un juego que cambiar su vida para siempre. En caso de duda, se quedan en el banco.

El regreso al juego o a la práctica:

Después de la evaluación del médico, el proceso de regreso a la actividad requiere que el/la atleta esté completamente libre de síntomas, después de lo cual completará un protocolo paso a paso bajo la supervisión de un preparador físico de atletismo, entrenador o profesional médico con licencia y luego recibirá una autorización médica por escrito por parte de un AHCP.

Para obtener información actual y actualizada sobre conmociones cerebrales, visite <http://www.cdc.gov/concussioninyouthsports/> o <http://www.seeingstarsfoundation.org>

Declaración de responsabilidad para estudiantes atletas:

Los padres y el/la estudiante deben estar al tanto de la evidencia preliminar que sugiere que las conmociones cerebrales repetidas, e incluso los golpes que no causan una conmoción cerebral sintomática, pueden provocar cambios cerebrales anormales que solo se pueden observar en una autopsia (conocida como encefalopatía traumática crónica [CTE]). Existen informes de casos que sugieren el desarrollo de síntomas similares a los de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), lesión cerebral traumática grave, depresión y problemas de memoria a largo plazo que podrían estar relacionados con antecedentes de conmoción cerebral. Se necesita más investigación sobre este tema antes de poder sacar conclusiones.

Reconozco el requisito anual de que mi hijo(a)/tutelado(a) vea "Concussion in Sports" en www.nfhslearn.com. Acepto la responsabilidad de informar todas las lesiones y enfermedades a mis padres, al médico del equipo, al preparador físico de atletismo o a los entrenadores asociados con mi deporte, incluidos los signos y síntomas de conmoción cerebral. He leído y comprendo la información anterior sobre la conmoción cerebral. Informaré inmediatamente al entrenador supervisor, al preparador físico de atletismo o al médico del equipo si experimento cualquiera de estos síntomas o si veo a un compañero de equipo con estos síntomas. Además, he recibido información acerca de los peligros de la participación para mí y para mi hijo(a)/tutelado(a).

Nombre de padre/madre/tutor (imprenta)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor (imprenta)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor (imprenta)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha



Este formulario completo debe ser archivado a cargo de la escuela. Este formulario tiene una validez de 365 días naturales a partir de la fecha de la firma más reciente. Este formulario es intransferible: si se produce un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario, deberá enviarse nuevamente.

Escuela: _____ Distrito escolar (si corresponde): _____

Información sobre paro cardíaco repentino

El paro cardíaco repentino (SCA) es una de las principales causas de muerte relacionada con el deporte. El paro cardíaco repentino (SCA) ocurre cuando el corazón deja de latir repentinamente e inesperadamente. Cuando esto sucede, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y hacia otros órganos vitales. El SCA NO es un ataque al corazón. Un ataque al corazón puede desencadenar un SCA, pero no son lo mismo. Los ataques al corazón son causados por un bloqueo que detiene el flujo de sangre al corazón. Los SCA son un mal funcionamiento en el sistema eléctrico del corazón, que provoca que el corazón deje de latir repentinamente. El SCA puede causar la muerte si no se trata en cuestión de minutos.

¿Qué tan común es el paro cardíaco repentino en los Estados Unidos?

Hay alrededor de 350,000 paros cardíacos que ocurren fuera de los hospitales cada año. Más de 10,000 personas menores de 25 años mueren de SCA cada año. El SCA es el asesino número uno de los/las estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los campus escolares.

¿Hay señales de advertencia?

Si bien el SCA ocurre inesperadamente, algunas personas pueden notar signos o síntomas, como, entre otros, mareos o aturdimiento, desmayos, dificultad para respirar, aceleración o falta de ritmo en los latidos/palpitaciones, fatiga, debilidad, dolor/presión u opresión en el pecho. Estos síntomas pueden ocurrir antes, durante o después de la actividad, y pueden ser poco claros y confusos para los atletas. Algunos pueden ignorar los signos o pensar que son resultados normales del agotamiento físico. Si las condiciones que causan el SCA se diagnostican y tratan antes de que ocurra un evento que ponga en peligro la vida, es posible prevenir la muerte cardíaca súbita en muchos atletas jóvenes.

¿Cuáles son los riesgos de practicar o jugar después de experimentar estos síntomas?

Existen riesgos significativos asociados con continuar practicando o jugando después de experimentar estos síntomas. Los síntomas pueden significar que algo anda mal, y el/la atleta debe someterse a una revisión antes de volver a jugar. Cuando el corazón se detiene debido a un paro cardíaco, se también se suspende el flujo de sangre que irriga el cerebro y otros órganos vitales. La muerte o el daño cerebral permanente pueden ocurrir en solo unos minutos. La mayoría de las personas que experimentan un SCA mueren a causa de él; las tasas de supervivencia están por debajo del 10 %.

El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA recomienda encarecidamente que se realice una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que puede incluir un electrocardiograma.

El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA trabaja para ayudar a mantener seguros(as) a los/las estudiantes atletas mientras practican o juegan, brindando educación sobre el SCA y notificando a los padres que pueden solicitar, a su cargo, un electrocardiograma (EKG o ECG) como parte del examen físico anual previo a la participación para posiblemente detectar problemas cardíacos ocultos que pudieran desencadenar un SCA.

¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los/las jóvenes?

- Las publicaciones informan que hasta el 90 % de los problemas cardíacos subyacentes se pasan por alto cuando se usa solo la historia clínica y el examen físico.
- La mayoría de las afecciones cardíacas que pueden provocar un SCA no se detectan al auscultar el corazón con un estetoscopio durante un examen físico de rutina; Y
- Además, a menudo, los/las jóvenes no informan ni reconocen los síntomas de una posible afección cardíaca.

¿Qué es un electrocardiograma (ECG o EKG)?

Un ECG/EKG es una prueba rápida, indolora y no invasiva que mide y registra un momento en el tiempo de la actividad eléctrica del corazón. Un técnico coloca pequeños parches con electrodos en la piel de su pecho, brazos y piernas. El ECG/EKG proporciona información sobre la estructura, función, frecuencia y ritmo del corazón.

¿Por qué solicitar un ECG/EKG como parte del examen físico anual previo a la participación?

Agregar un ECG/EKG a los antecedentes y al examen físico anual previo a la participación puede sugerir la necesidad de más pruebas o ayudar a identificar afecciones cardíacas que podrían conducir a un SCA. El proveedor de atención médica de su familia puede solicitar un ECG/EKG para detectar enfermedades cardiovasculares o una variedad de síntomas, como dolor en el pecho, palpitaciones, mareos, desmayos o antecedentes familiares de enfermedades cardíacas.

- Las pruebas de ECG/EKG deben considerarse cada 1 o 2 años, porque los corazones jóvenes crecen y cambian.
- Estas pruebas pueden aumentar la sensibilidad para la detección de enfermedades cardíacas no diagnosticadas, pero es posible que no prevengan el SCA.
- Los exámenes de detección de ECG/EKG con hallazgos anormales deben ser evaluados por médicos capacitados.
- Si la prueba de ECG/EKG arroja resultados anormales, es posible que se deban realizar pruebas adicionales (con el costo y el riesgo asociados) antes de que se pueda hacer un diagnóstico, y es posible que esto impida que el/la estudiante participe en deportes por un período corto de tiempo hasta que se complete la prueba y se puedan formular recomendaciones más específicas.
- El ECG/EKG puede tener resultados falsos positivos, lo que sugiere una anomalía que en realidad no existe (los resultados falsos positivos ocurren menos cuando la interpretación del ECG/EKG es realizada por un médico experto en la interpretación de ECG/EKG de niños, adolescentes y atletas jóvenes).
- Los ECG/EKG dan como resultado menos falsos positivos que simplemente usar los antecedentes y el examen físico actuales.

Las pautas de American College of Cardiology/American Heart Association no recomiendan un ECG o EKG en pacientes asintomáticos, pero respaldan los programas locales en los que se pueden aplicar ECG o EKG con recursos de alta calidad.

Remoción del juego/regreso al juego

Cualquier estudiante atleta que tenga signos o síntomas de SCA debe ser retirado(a) del juego (que incluye toda actividad atlética). Los síntomas pueden ocurrir antes, durante o después de la actividad. Antes de volver a jugar, el/la atleta será evaluado(a) y autorizado(a). La autorización para volver a jugar debe ser por escrito. La evaluación debe ser realizada por un médico con licencia, un enfermero practicante registrado certificado o un cardiólogo (médico del corazón). El médico con licencia o el enfermero practicante registrado certificado pueden consultar con cualquier otro profesional médico certificado o con licencia.

Al firmar este acuerdo, reconozco el requisito anual de que mi hijo(a)/tutelado(a) vea el curso "Sudden Cardiac Arrest" en www.ngslearn.com. Reconozco que la información sobre el paro cardíaco repentino ha sido leída y comprendida. He recibido información acerca de los peligros de la participación para mí y para mi hijo(a)/tutelado(a).

Nombre de padre/madre/tutor (impresión)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor (impresión)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor (impresión)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha



Este formulario completo debe ser archivado a cargo de la escuela. Este formulario tiene una validez de 365 días naturales a partir de la fecha de la firma más reciente. Este formulario es intransferible: si se produce un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario, deberá enviarse nuevamente.

Escuela: _____ Distrito escolar (si corresponde): _____

Información sobre enfermedades relacionadas con el calor

Las enfermedades relacionadas con el calor son motivo de preocupación para los/las estudiantes atletas que participan en deportes en las escuelas secundarias de Florida. Especialmente vulnerables son aquellos estudiantes que participan en acondicionamiento y prácticas en los meses de verano y otras épocas de calor extremo. Los/Las estudiantes atletas sufren enfermedades relacionadas con el calor cuando sus cuerpos no logran refrescarse adecuadamente por medio del sudor. La sudoración es el proceso de aire acondicionado natural del cuerpo, pero cuando la temperatura corporal de una persona aumenta rápidamente, sudar no es suficiente. Las enfermedades relacionadas con el calor pueden ser graves y potencialmente mortales. Las temperaturas corporales muy altas pueden dañar el cerebro u otros órganos vitales, y causar discapacidad e incluso la muerte. Las enfermedades y muertes relacionadas con el calor se pueden prevenir.

¿Cuáles son algunas lesiones comunes relacionadas con el calor en los deportes?

Golpe de calor por esfuerzo (EHS): El EHS es la enfermedad más grave relacionada con el calor. El EHS es una emergencia médica. Ocurre cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente y el cuerpo no logra enfriarse. Los/Las estudiantes atletas pueden morir o quedar con una discapacidad permanente por EHS si esto no se detecta y maneja adecuadamente. El EHS es una de las principales causas de muerte en atletas jóvenes, especialmente en Florida. Los dos criterios principales para el diagnóstico de EHS son la temperatura rectal >105° F (40.5° C) inmediatamente después del colapso y la disfunción del sistema nervioso central (SNC). Son muchos los signos y síntomas asociados con el EHS. Los padres y los/las estudiantes atletas deben familiarizarse con estos al ver los recursos de video gratuitos proporcionados por National Federation of High School Sports (NFHS) o la FHSAA.

- El EHS se puede prevenir tomando las precauciones adecuadas y comprendiendo los síntomas de una persona que está afectada debido al calor.
- Es posible sobrevivir a un EHS cuando los miembros del personal toman medidas rápidas, que incluyen el reconocimiento temprano de los síntomas y la inmersión agresiva en agua fría.

Agotamiento por calor (EHI): El agotamiento por calor es la condición relacionada con el calor que se observa con mayor frecuencia en poblaciones activas, incluidos(as) los/las estudiantes atletas. El EHI es un tipo de enfermedad relacionada con el calor. El EHI se define como la incapacidad de continuar el ejercicio bajo condiciones de calor porque el corazón tiene dificultad para proporcionar suficiente sangre oxigenada a todos los órganos y músculos en funcionamiento. Por lo general, se desarrolla después de varios días de práctica o acondicionamiento en climas de alta temperatura y sin beber suficientes líquidos.

Calambres por calor: Los calambres por calor son calambres dolorosos e involuntarios que a menudo se presentan en las piernas, los brazos o el abdomen, con contracción muscular. Los calambres generalmente ocurren en la fase de acondicionamiento de pretemporada, cuando el cuerpo no está debidamente acondicionado y está más expuesto a la fatiga. Los calambres por calor se pueden tratar fácilmente con descanso, estiramiento del músculo y reposición de líquidos y electrolitos. Se desconoce el mecanismo exacto de los calambres musculares en condiciones ambientales de calor, pero pueden ser causados, cuando son agudos, por deshidratación masiva y pérdidas de sodio, y cuando son crónicas, por electrolitos inadecuados en la dieta del/de la atleta. Si bien los calambres por calor no son una causa de muerte súbita, pueden confundirse con una afección más grave, la enfermedad falciforme por esfuerzo.

¿Mi estudiante está en riesgo?

Sí, todos(as) los/las estudiantes-atletas son vulnerables a un golpe de calor por esfuerzo y otras lesiones relacionadas con el calor. Si bien todos(as) los/las estudiantes atletas pueden colapsar por un EHS, los datos más recientes informan una alta incidencia de casos de insolación por esfuerzo en jugadores de fútbol, especialmente aquellos que juegan en la posición de liniero y en corredores de distancia muy delgados. La investigación también indica que muchos informes de emergencias de EHS se producen durante el verano o durante las sesiones de acondicionamiento de pretemporada. Otras condiciones que pueden aumentar el riesgo de enfermedades relacionadas con el calor incluyen la obesidad, la fiebre, la deshidratación, la mala circulación, las quemaduras solares y el consumo de alcohol o medicamentos recetados.

¿Qué hace la FHSAA para proteger a mi estudiante?

La FHSAA ha publicado la Política 41, titulada “Enfermedad por calor por esfuerzo”. Esta política proporciona procedimientos específicos para que las escuelas eduquen a los/las estudiantes atletas y a los padres sobre EHI, y también brinda estrategias para prevenir estas lesiones. La Política 41 de la FHSAA también proporciona procedimientos que las escuelas deben seguir para la aclimatación de pretemporada, el monitoreo ambiental y la inclusión de zonas de enfriamiento para la gestión de un(a) estudiante atleta que sufre una lesión por calor.

¿Cómo puedo ayudar a mantener a mi estudiante seguro(a) ante condiciones de calor?

- Obtenga más información sobre las lesiones relacionadas con el calor en los deportes en <https://www.nfhs.org/media/1015695/ksi-5-pillars-of-exertional-heat-stroke-prevention-2015.pdf>
- Converse sobre la nutrición, la hidratación adecuada, el peso corporal y la importancia de dormir y descansar con su proveedor de atención médica familiar en el momento del examen físico para deportes.
- Hable con su escuela y con su entrenador sobre las medidas de seguridad que implementan para mantener a los niños y las niñas seguros ante condiciones de calor, y consulte lo que harán si alguien se enferma o se lesiona.
- Supervise la ingesta de líquidos de sus estudiantes mientras están en casa y consulte de forma rutinaria con su estudiante atleta para preguntar cómo se siente.
- Informe cualquier inquietud al preparador físico de atletismo de su escuela, al médico del equipo, al entrenador o al proveedor de atención médica de su familia.

Al firmar este acuerdo, reconozco el requisito anual de que mi hijo(a)/tutelado(a) vea el curso “Heat Illness Prevention” en www.nghslearn.com. Reconozco que la información sobre enfermedades relacionadas con el calor ha sido leída y comprendida. He recibido información acerca de los peligros de la participación para mí y para mi hijo(a)/tutelado(a).

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------|
| _____ Nombre de padre/madre/tutor (impresión) | _____ Firma de padre/madre/tutor | _____ Fecha |
| _____ Nombre de padre/madre/tutor (impresión) | _____ Firma de padre/madre/tutor | _____ Fecha |
| _____ Nombre de padre/madre/tutor (impresión) | _____ Firma de padre/madre/tutor | _____ Fecha |



Este formulario completo debe ser archivado a cargo de la escuela. Este formulario tiene una validez de 365 días naturales a partir de la fecha de la firma más reciente. Este formulario es intransferible: si se produce un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario, deberá enviarse nuevamente.

Escuela: _____ Distrito escolar (si corresponde): _____

Atención estudiantes y padre/madre/tutor(es)

Su escuela es miembro de Florida High School Athletic Association (FHSAA) y se adhiere a las reglas establecidas. Para ser elegible para representar a su escuela en atletismo interescolar, en un deporte reconocido y/o regulado por la FHSAA, cada estudiante:

1. Debe completar un EL3 para cada escuela en la que participa el/la estudiante; **este formulario es intransferible.**
2. Debe mostrar buen espíritu deportivo y seguir las reglas de la competencia **antes, durante y después** de todas las competencias en las que participe el/la estudiante. Caso contrario, el/la estudiante podrá ser suspendido(a) de la participación por un período de tiempo. *(Reglamento 7.1 de la FHSAA)*
3. No debe proporcionar **información falsa** a su escuela ni a la FHSAA para obtener elegibilidad. *(Reglamento 9.1.1.2 de la FHSAA)*
4. Debe estar inscrito(a) regularmente y asistir regularmente a su escuela. Si el/la estudiante es un(a) estudiante de educación en el hogar, un(a) estudiante de una escuela semiautónoma, un(a) estudiante de una escuela alternativa/especial, un(a) estudiante de una escuela privada no miembro o un(a) estudiante del programa público de tiempo completo de Florida Virtual School, el/la estudiante debe declarar por escrito su intención de participar en atletismo a la escuela en la que el/la estudiante puede participar. **Los/Las estudiantes de educación en el hogar y los/las estudiantes que asisten a una escuela privada no miembro deben completar documentación adicional antes de poder participar.** *(Reglamento 9.2 de la FHSAA, Política 16.6 de la FHSAA y Procedimiento administrativo 1.8)*
5. Debe asistir a la escuela dentro de los **primeros diez (10) días** del comienzo de cada semestre para ser elegible durante ese semestre. *(Reglamento 9.2.3 de la FHSAA)*
6. Debe mantener al menos un **GPA acumulativo de 2.0** en una escala de 4.0 (sin ponderación) antes del semestre en el que el/la estudiante desea participar. Este GPA debe incluir todos los cursos tomados desde que el/la estudiante ingresó a 9.º grado. Un(a) estudiante de 6.º, 7.º u 8.º grado debe haber obtenido al menos un GPA de 2.0 en una escala de 4.0 (sin ponderación) durante el semestre anterior. *(Reglamento 9.4.1 de la FHSAA y F.S. 1006.15(3)a)*
7. No debe haberse **graduado** de ninguna escuela secundaria o su equivalente. *(Reglamento 9.4.7 de la FHSAA)*
8. No debe haberse inscrito en 9.º grado por primera vez hace más de **ocho semestres consecutivos**. Un(a) estudiante de 6.º, 7.º u 8.º grado no puede participar en ningún nivel si el/la estudiante está **repitiendo** ese nivel de grado. *(Reglamento 9.5 de la FHSAA)*
9. No debe cumplir **19 años antes del 1.º de julio** para poder participar en el nivel de preparatoria; y no debe cumplir **16 años antes del 1.º de julio** para poder participar en el nivel de secundaria; y no debe cumplir **15 años antes del 1.º de julio** para poder participar en el nivel de la escuela secundaria intermedia; de lo contrario, el/la estudiante pierde la elegibilidad de forma permanente. *(Reglamento 9.6 de la FHSAA)*
10. Debe someterse a una **evaluación física previa a la participación** y recibir la debida certificación de aptitud física para participar en atletismo interescolar, lo cual constará en un formulario (EL2) proporcionado a la escuela. *(Reglamento de FHSAA 9.7 y F.S. 1002.20(17)b)*
11. Debe tener el **permiso firmado** para participar de los padres/tutores del/de la estudiante en un formulario (EL3) proporcionado a la escuela. *(Reglamento 9.8 de la FHSAA)*
12. Debe ser **aficionado(a)**. Esto significa que el/la estudiante no debe aceptar dinero, regalos o donaciones por participar en un deporte, ni usar un nombre que no sea el suyo cuando participe. *(Reglamento 9.9 de la FHSAA)*
13. No debe participar en un **concurso de estrellas** en un deporte antes de agotar su elegibilidad de escuela secundaria en ese deporte. *(Política 26 de la FHSAA)*
14. Los/Las estudiantes de intercambio juvenil, otros estudiantes internacionales e inmigrantes deben recibir la **aprobación** de la oficina de la FHSAA antes de la participación. Es posible que se apliquen excepciones. *(Política 17 de la FHSAA)*
15. Debe abstenerse de **novatadas/acoso escolar** mientras sea miembro de un equipo atlético o mientras participe en cualquier actividad atlética patrocinada o afiliada a una escuela miembro.

Si se declara o determina que el/la estudiante no es elegible debido a una o más de las reglas y regulaciones de la FHSAA, el/la estudiante tiene derecho a solicitar que la escuela presente una apelación en nombre del/de la estudiante. Consulte con el director o el director de deportes para obtener información sobre este proceso.

Al firmar este acuerdo, el/la abajo firmante reconoce que ha leído y entendido la información en el Certificado de consentimiento y eximición de responsabilidad con respecto a las reglas establecidas por la FHSAA y la elegibilidad.

Nombre de padre/madre/tutor (imprenta)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre de padre/madre/tutor (imprenta)

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Nombre del/de la estudiante (imprenta)

Firma del/de la estudiante

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

TARJETA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA – ESPAÑOL

JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE ORANGE, FLORIDA

(En letra de imprenta)

Nombre legal del atleta: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento del/de la atleta: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

Mi hijo(a) es alérgico(a) a los siguientes medicamentos: _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Identifique cualquier lesión o enfermedad grave que haya tenido su hijo(a): _____

*Contacto de emergencia | Nombre completo: _____ Vínculo con el/la menor: _____ Teléfono: _____

Nombre completo: _____ Vínculo con el/la menor: _____ Teléfono: _____

** La identificación estatal con foto debe estar disponible cuando se solicite al recoger al/a la menor**

Usted comprende que el seguro ofrecido por la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida (Escuelas Públicas del Condado de Orange) es una póliza secundaria, y pagará solo después de que pague el seguro principal. También comprende que su hijo(a) tiene cobertura a cargo del seguro deportivo de la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida (Escuelas Públicas del Condado de Orange) SOLAMENTE durante las temporadas especificadas por la FHSAA.

POR FAVOR, SELECCIONE UNA OPCIÓN: Mi hijo(a)/tutelado(a) NO tiene seguro Yo tengo seguro para mi hijo(a)/tutelado(a)

Información Médica | Médico de atención primaria: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Si usted no tiene seguro que cubra a este(a) atleta, indique "Ninguno"

Nombre del proveedor del seguro principal: _____ Número de póliza: _____

Dirección del proveedor del seguro principal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Usted comprende que si un padre/madre/tutor o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta de tratamiento médico de emergencia, el/la estudiante no será elegible para participar en ninguna actividad interescolar contemplada por la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida, durante un año calendario completo a partir de la fecha de divulgación. Además, otorga permiso para que el personal escolar apropiado y sus designados brinden tratamiento médico o autoricen tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico, y acepta eximir de responsabilidad a la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida, y a sus empleados en la administración de dicha asistencia.

Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento médico de emergencia, que comprendo y estoy de acuerdo con sus términos; Estatutos de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo que antecede y que los hechos expuestos en la presente son verdaderos". Acepto someterme a sus términos y he revisado y explicado esta notificación con mi hijo(a).

Firma de padre/madre/tutor legal _____

Nombre de padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

Fecha de la firma _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____, FL Cód. postal: _____

Número de teléfono de contacto: _____ Teléfono del trabajo: _____ Otros: _____

POR FAVOR, COMPLETE TOTALMENTE AMBAS TARJETAS

TARJETA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA – ESPAÑOL

JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE ORANGE, FLORIDA

(En letra de imprenta)

Nombre legal del atleta: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento del/de la atleta: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

Mi hijo(a) es alérgico(a) a los siguientes medicamentos: _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Identifique cualquier lesión o enfermedad grave que haya tenido su hijo(a): _____

*Contacto de emergencia | Nombre completo: _____ Vínculo con el/la menor: _____ Teléfono: _____

Nombre completo: _____ Vínculo con el/la menor: _____ Teléfono: _____

** La identificación estatal con foto debe estar disponible cuando se solicite al recoger al/a la menor**

Usted comprende que el seguro ofrecido por la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida (Escuelas Públicas del Condado de Orange) es una póliza secundaria, y pagará solo después de que pague el seguro principal. También comprende que su hijo(a) tiene cobertura a cargo del seguro deportivo de la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida (Escuelas Públicas del Condado de Orange) SOLAMENTE durante las temporadas especificadas por la FHSAA.

POR FAVOR, SELECCIONE UNA OPCIÓN: Mi hijo(a)/tutelado(a) NO tiene seguro Yo tengo seguro para mi hijo(a)/tutelado(a)

Información Médica | Médico de atención primaria: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Si usted no tiene seguro que cubra a este(a) atleta, indique "Ninguno"

Nombre del proveedor del seguro principal: _____ Número de póliza: _____

Dirección del proveedor del seguro principal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Usted comprende que si un padre/madre/tutor o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta de tratamiento médico de emergencia, el/la estudiante no será elegible para participar en ninguna actividad interescolar contemplada por la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida, durante un año calendario completo a partir de la fecha de divulgación. Además, otorga permiso para que el personal escolar apropiado y sus designados brinden tratamiento médico o autoricen tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico, y acepta eximir de responsabilidad a la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida, y a sus empleados en la administración de dicha asistencia.

Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento médico de emergencia, que comprendo y estoy de acuerdo con sus términos; Estatutos de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo que antecede y que los hechos expuestos en la presente son verdaderos". Acepto someterme a sus términos y he revisado y explicado esta notificación con mi hijo(a).

Firma de padre/madre/tutor legal _____

Nombre de padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

Fecha de la firma _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____, FL Cód. postal: _____

Número de teléfono de contacto: _____ Teléfono del trabajo: _____ Otros: _____