

DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE FULTON.  
VERIFICACION DE LA COBERTURA DE SEGURO MEDICO  
Valido para el aïo lectivo 2022-2023

He renunciado a la cobertura de seguro medico, aprobada por el Sistema Escolar del condado de Fulton  
y ofrecida a mi hijo/a, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Nombre de! alumno/a)

El seguro medico que estare usando para mi hijo/a este aïo lectivo en  
\_\_\_\_\_ es provisto por \_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela) (Nombre de la compaiia de seguro)

el niimero de la poliza de seguro es \_\_\_\_\_ . Esta póliza de seguro  
(Numero de la poliza de seguro)

estii vigente entre: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Fecha)

Adjuntar una copia del Certificado de Seguro Mcdico a este formulario para verificar la informaci3n mencionada anteriormente. Mochas gracias. La cobertura de seguro mcdico mencionada antes posibilita las siguientes actividades deportivas intercolegiales.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Comprendemos que seg(m la *Georgia High School Association* es necesario que un m3dico realice una evaluaci3n fisica antes de la participaci3n, para evaluar m3dicamente a cada alumno que participe en programas deportivos intercolegiales del Distrito Escolar del condado de Fulton. Entendemos que una revisaci3n medica b3.sica (el examen medico requerido) es general, por naturaleza y limitada en su alcance. No indica ni me garantiza que mi hijo/a esti completamente libre de impedimentos. Si deseo que le realicen un examen fisico mas detallado, yo sere entonces el responsable de hacer los arreglos necesarios y pagar por ese examen. Si se realiza este examen mas detallado, tengo la responsabilidad de comunicarle al Distrito Escolar del condado de Fulton, ya los empleados adecuados, todos los problemas medicos potenciales descubiertos, mas all3 de la evaluaci3n fisica general requerida por el sistema escolar para la participaci3n deportiva. Estoy de acuerdo en eximir por complete de todo reclamo de cualquier naturaleza, plena y de:finitivamente, ahora y para siempre, para mi hijo/a, mi persona, mi patrimonio, mis herederos, mis administradores, mi ejecutores testamentarios, mis asignados, mis agentes, mis sucesores y todos los miembros de mi familia, y de indemnificar, divulgar, defender, exonerar, liberar y eximir a todos los miembros del Consejo Escolar del Consejo de Educaci3n del condado de Fulton, presentes, pasados y futures, a todos los empleados del Consejo de Educaci3n del condado de Fulton, presentes, pasados y futures, sus escuelas, sus administradores, funcionarios, Consejo de Educaci3n, agentes, entrenadores deportivos, asesores, medicos, voluntarios y cualquier otra parte que practique el arte de las curaciones (una "Parte Indemnizada") de toda responsabilidad, dafios personales o a la propiedad, reclamos, causas de acci3n o demandas presentados contra el Distrito Escolar del condado de Fulton o parte indemnizada que surjan de cualquier lesi3n sufrida por mi hijo/a o dafio contra su propiedad o perdidas de cualquier indole que puedan resultar o est3n relacionados con su participaci3n en cualquier actividad relativa a los programas deportivos intercolegiales provistos por el Distrito Escolar del condado de Fulton.

Mi finna a continuaci3n atesta que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con la informaci3n incluida en este formulario y que doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las programas deportivos tal coma se declar3 anteriormente.

TODOS LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBEN FIRMAR Y  
COLOCAR LA FECHA A CONTINUACION

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER SESION DE ACONDICIONAMIENTO, PRUEBA O PMCTICA, O DE JUGAR EN CUALQUIER DEPORTE INTERCOLEGIAL, EL ALUMNO-DEPORTISTA DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL ENTRENADOR DE LA ACTIVIDAD. SI NO SE PRESENTA, SE DEMORAM LA ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO-DEPORTISTA PARA UNIRSE AL EQUIPO

DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE FULTON

SOLICITUD ESTUDIANTIL PARA PARTICIPAR EN DEPORTES INTERCOLEGIALES  
PARA LA VERIFICACIÓN DEL SEGURO

Deporte: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera práctica: \_\_\_\_\_, 2022-23

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ o Femenino \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Nro y nombre de calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Esta solicitud para representar a mi escuela en actividades intercolegiales es completamente voluntaria por mi parte y se entiende que la realizo habiendo estudiado y comprendido los Estándares de Elegibilidad que debo cumplir para representar a mi escuela y que no he cometido ninguna infracción contra estos estándares. Comprendo que de no satisfacer los estándares establecidos por la escuela o si soy expulsado de un campeonato intercolegial debido un acto antidportivo, esto puede traer como resultado que no me permitan participar en la próxima competencia o que me suspendan del equipo en forma temporaria o permanente. Comprendo que si me traslado a otra escuela mi elegibilidad podría verse afectada bajo los estándares de requisitos de la Georgia High School Asociación.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Escuela) (Fecha)

Por la presente doy mi consentimiento para que el alumno mencionado antes represente a su escuela en actividades intercolegiales. Recibí el Manual de Alumnos/padres para las Actividades Intercolegiales sancionado por GHSA, año lectivo 2021-22. Comprendo que tengo la responsabilidad de leer los contenidos de esta publicación y que cualquier pregunta relacionada con esta publicación deberá ser dirigida al Director Deportivo del condado de Fulton, al 470-254-6892. Si yo, los padres o tutores legales no podemos ser contactados en un caso de emergencia médica, doy mi consentimiento para que la escuela consiga un transporte de emergencia hasta el médico u hospital de su elección y de la atención médica que se considere necesaria para el bienestar del alumno, si se lastimó en el transcurso de su participación en actividades intercolegiales. Autorizo al alumno mencionado antes para que participe en viajes auspiciados por la escuela, incluso los viajes de más de un día de duración, relacionados con las competencias deportivas intercolegiales. En el caso de que el Sistema Escolar del condado de Fulton no provea el transporte, el alumno, sus padres o tutores legales tendrán la responsabilidad de hacerlo. Asimismo, estoy de acuerdo en no presentar contra el Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los miembros (actuales, pasados y futuros) del Consejo Escolar del Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los empleados y voluntarios (presentes, pasados y futuros) del Consejo de Educación del condado de Fulton y sus herederos, adjudicatarios, administradores, sucesores y asignados, en ningún tribunal de justicia, ningún reclamo o reclamos que el alumno, sus padres o tutores legales puedan tener, tengan ahora o puedan llegar a tener en el futuro, conocidos o desconocidos, que surjan, se relacionen u ocurran durante la participación del alumno en la actividad, en cualquier viaje o transporte asociado con la actividad, durante, o de la provisión de procedimientos o tratamientos médicos de emergencia, si los hay.

Todos los padres y tutores legales deben firmar este formulario y colocar la fecha

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER SESIÓN DE ACONDICIONAMIENTO, PRUEBA O PRÁCTICA, O DE JUGAR EN CUALQUIER DEPORTE INTERCOLEGIAL, EL ALUMNO-DEPORTISTA DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL ENTRENADOR DE LA ACTIVIDAD. SI NO SE PRESENTA SE DEMORARÁ LA ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO-DEPORTISTA PARA UNIRSE AL EQUIPO.**

**FORMULARIO CON INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA,  
DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL CONDADO DE FULTON  
2022-2023**

Escuela secundaria: \_\_\_\_\_

**Información del deportista:**

Fecha preparado: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del deportista: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, por favor comunicarse con las siguientes personas:**

1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfonos: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfonos: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Información del seguro: (Cada deportista debe tener cobertura médica a través de una póliza individual o comprada a través del Sistema Escolar del condado de Fulton).**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_

O: Indicar el seguro escolar comprado: \_\_\_\_\_

**Información médica:**

Fecha de la última revisión física: \_\_\_\_\_

Por favor anote las alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Anote las afecciones médicas que esté sufriendo y los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Anote las lesiones previas: \_\_\_\_\_

¿El deportista tuvo alguna vez una conmoción cerebral? \_\_\_\_\_

Anote cualquier problema médico conocido sobre los cuales el personal médico debería estar al tanto en el momento de prestar tratamiento: \_\_\_\_\_

**Permiso para brindar tratamiento:**

- En el caso de una lesión o molestia menor, doy mi permiso para que el entrenador atlético trate al deportista según sea necesario.
- Si los padres, tutores legales u otras personas (mencionadas antes) no pueden ser contactados en el caso de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que la escuela consiga un transporte de emergencia hasta el hospital de su elección y de la atención médica que se considere razonablemente necesaria para el bienestar del deportista, si se lastimó en el transcurso de su participación en actividades Intercolegiales.

**Firma del padre, madre o tutor legal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de liberación de responsabilidades para el transporte de las Escuelas del condado de Fulton 2022-23**

Dado que su hijo/a será transportado/a entre sitios escolares, eventos, actividades durante y después del horario de clases, por favor complete y firme el siguiente formulario y entrégueselo al entrenador.

Deseo que mi hijo/a sea transportado SOLAMENTE por transporte en autobús del condado de Fulton.

Deseo designar a personas adicionales, quienes podrán transportar a mi hijo/a (ver abajo).

Estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad al Consejo de Educación del condado de Fulton en el caso de que \_\_\_\_\_ (nombre del alumno) sufra una lesión, inclusive cualquier daño a la propiedad que ocurra mientras el alumno esté manejando o sea llevado hacia o desde una escuela o eventos, actividades o sitios relacionados con la escuela después del horario normal de clases en un vehículo que no sea provisto por el Consejo de Educación del condado de Fulton. Asimismo, estoy de acuerdo en no presentar contra el Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los miembros (actuales, pasados y futuros) del Consejo Escolar del Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los empleados y voluntarios (presentes, pasados y futuros) del Consejo de Educación del condado de Fulton y sus herederos, adjudicatarios, administradores, sucesores y asignados, en ningún tribunal de justicia, ningún reclamo o reclamos que el alumno, sus padres o tutores legales puedan tener, tengan ahora o puedan llegar a tener en el futuro, conocidos o desconocidos, basados en cualquier lesión sufrida por el alumno mientras fue transportado. He leído el acuerdo y firmo la liberación y exención de responsabilidades en forma voluntaria. Además, estoy de acuerdo en que no hubo ninguna comunicación, declaración o incentivos verbales al margen del acuerdo escrito mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Conductor asignado (si corresponde):** Todos los conductores asignados debe tener más de 18 años de edad o ser un familiar inmediato.

(Nombre del alumno) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para que lo lleven y traigan de las escuelas durante el día de clases, o a eventos, actividades o sitios relacionados con la escuela después del horario normal de clases, como participante del \_\_\_\_\_ equipo \_\_\_\_\_ escolar. Yo, o el conductor que haya asignado, \_\_\_\_\_ transportaremos al alumno hacia y desde el evento o actividad. Yo, o el conductor que haya designado, nos presentaremos ante el entrenador principal o su asistente después de que haya terminado el evento o la actividad para verificar que tenemos la intención de transportar al alumno antes mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del conductor asignado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SCHOOL USE ONLY:**

Received by: \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
(print full name) (print date)

Signature of receiving party: \_\_\_\_\_

**ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER SESIÓN DE ACONDICIONAMIENTO, PRUEBA O PRÁCTICA, O DE JUGAR EN CUALQUIER DEPORTE INTERCOLEGIAL, EL ALUMNO-DEPORTISTA DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL ENTRENADOR DE LA ACTIVIDAD. SI NO SE PRESENTA SE DEMORARÁ LA ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO-DEPORTISTA PARA FORMAR PARTE DEL EQUIPO.**

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

#### Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Se siente triste, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

#### PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

##### CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		Si	No
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Si	No
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Si	No
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Si	No
20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÚNICAMENTE MUJERES		Si	No
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Si".

---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

## PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / ( / )	Pulse:	Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Vision: R 20/ L 20/		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Martian stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Lymph nodes	<input type="checkbox"/>	
Heart* <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Neurological	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck	<input type="checkbox"/>	
Back	<input type="checkbox"/>	
Shoulder and arm	<input type="checkbox"/>	
Elbow and forearm	<input type="checkbox"/>	
Wrist, hand, and fingers	<input type="checkbox"/>	
Hip and thigh	<input type="checkbox"/>	
Knee	<input type="checkbox"/>	
Leg and ankle	<input type="checkbox"/>	
Foot and toes	<input type="checkbox"/>	
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	

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

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

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

# ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

## MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Medically eligible for all sports without restriction

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

\_\_\_\_\_  
 Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_  
 Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

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

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Other information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Emergency contacts: \_\_\_\_\_



**■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION**  
**ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY**

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

**Explain "Yes" answers here.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:**

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

**Explain "Yes" answers here.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.**

Signature of athlete: \_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia**  
**Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociones Cerebrales**

Escuela: \_\_\_\_\_

**PELIGROS DE CONMOCIONES CEREBRALES**

Conmociones Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIONES CEREBRALES**

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Pérdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

**POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA:** De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional médico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención médica adecuado puede incluir un médico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un médico con licencia como una enfermera practicante, un asistente médico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones cerebrales.

- a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
- b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despejado con la autorización médica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

*Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy \_\_\_\_\_ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mi hijo durante el año escolar 2022-2023. Este formulario será almacenado por el \_\_\_\_\_ sistema escolar.*

**HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante (Impreso)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante (Firmado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre (Impreso)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre (Firmado)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia**  
**Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino**

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**1: Aprende las primeras señales de advertencia**

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolor torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

**2. Aprende a reconocer un paro cardíaco repentino**

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

**3. Aprende solo las manos RCP**

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitales hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodílese al lado de la víctima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otra, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una víctima que no necesita un shock.

*Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino, yo doy \_\_\_\_\_ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mi hijo durante el año escolar 2022-2023. Este formulario será almacenado por el \_\_\_\_\_ sistema escolar.*

**HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante (Impreso)    Nombre del Estudiante (Firmado)    Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre (Impreso)    Nombre del Padre (Firmado)    Fecha**