



Estimado Padre/Tutor:

Anexa esta la documentación requerida para que su niño/a participe en actividades atléticas de middle school y secundaria en el Distrito Escolar del Condado de Kershaw. Por favor lea completamente esta información y llame al departamento de atletismo en la escuela de su hijo/a si tiene preguntas u observaciones. Todas las formas deben ser completadas antes de la participación en cualquier actividad relacionada con atletismo.

Por favor llene lo siguiente y provea documentación necesaria.

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre Intermedio: _____

Dirección: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

_____ Copia de Acta de nacimiento

_____ Cuota de Participación Atlética

_____ Forma de Examen Físico SCHSL * Historial completo y verídico. Aprobación medica de la atleta firmada por un médico, DO, PA o NP, fechada después de abril 1 del año escolar previo.

_____ Forma de Participación

En consideración del estudiante mencionado arriba, autorizado a participar voluntariamente en el deporte, actividad, club y programa, yo por mi mismo, mi hijo/a y nuestros herederos, representantes personales, y/o asignados, liberamos por este conducto de daño y reclamos en contra, sin responsabilidad legal y prometemos no demandar al Distrito Escolar del Condado de Kershaw, sus oficiales, empleados, voluntarios y/o agentes de responsabilidad legal de todas y cualquier reclamo incluyendo le negligencia del Distrito Escolar del Condado de Kershaw, sus oficiales, empleados, y agentes con respecto a cualquier y todo daño personal, accidentes, enfermedad o perdida de propiedad o daño a propiedad a raíz de, pero no limitado a, la participación del estudiante mencionado arriba en actividad.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar del Condado de Kershaw **Forma de Participación**

Permiso de Participación, Asumo de Riesgo y Conocimiento de Seguro Medico Secundario

Como padre o tutor del estudiante-atleta mencionado arriba, yo/Nosotros, damos permiso para su participación en eventos atléticos y evaluación física (PPE) por un médico, asistente médico, o enfermera registrada para esa participación. Yo/Nosotros entendemos que el PPE es un examen simple de evaluación y no substituye a un proveedor de la salud. Yo/Nosotros sabemos que hay riesgos de lesión/enfermedad en la participación de mi niño/a en deportes y durante viajes a- y de regreso de actividades. Yo/Nosotros hemos tenido la oportunidad de entender los riesgos de lesiones durante participación en deportes a través de reuniones, información escrita u otra forma y doy/damos mi/nuestro permiso a participar en actividades atléticas inter-escolares. El Distrito Escolar del Condado de Kershaw tiene una cobertura de accidentes atléticos para todos los estudiantes participando en actividades extracurriculares. Los beneficios de este Seguro de accidentes provisto por el sistema escolar, cubre solo aquellos gastos en exceso no cubiertos por otro seguro. Existen limitaciones bajo esta cobertura, no siempre paga por todos los cargos ocurridos en cada accidente en el evento de lesión, durante participación como parte de un deporte patrocinado por SCHSL de un equipo representando KCSD, el atleta debe buscar la atención del personal escolar de Medicina Deportiva lo más pronto posible. Un empleado llenara la primera porción del reclamo del seguro. El padre/tutor debe completar el resto de la forma, seguir las instrucciones, y enviar la forma por correo a la agencia de seguros. Se debe iniciar atención medica dentro de 60 días, y formularios deben ser enviados directamente a la compañía de seguros por EL PADRE dentro de 90 días de la lesión para ser elegible a la cobertura. KCSD o sus escuelas no pueden ser responsables económicamente o por costos asociados con lesiones sufridas durante la participación en actividades atléticas.

Información sobre Conmoción Cerebral

Yo he recibido y entiendo la información en alguna forma sobre concusiones y lesión cerebral, que me ha informado la naturaleza del riesgo de concusión y daño cerebral, incluyendo el riesgo asociado al continuar la participación en actividades físicas después de una concusión o daño cerebral. Yo entiendo que cualquier síntoma(s) de concusión deben ser reportados inmediatamente al entrenador de mi hijo/a, y que mi hijo/a no debe participar en ninguna actividad física, conducir un vehículo o actividades mentales hasta que sea evaluado por concusión y dado de alta por un proveedor de la salud apropiado (medico, entrenador atlético, asistente médico o enfermera certificada). Si es diagnosticado/a con una concusión, yo entiendo que mi hijo/a debe estar libre de síntomas, dado de alta por un médico certificado y completar un retorno gradual al programa de juego supervisado por un profesional médico calificado antes de reanudar actividades físicas de acuerdo con la Ley del Estado de Carolina del Sur . Se recomienda que el medico que da de alta esté entrenado específicamente en el cuidado de concusiones deportivas.

Divulgación de información medica

Yo/Nosotros otorgamos permiso a Enfermeras, Entrenadores Atléticos Certificados, Entrenadores, Médicos o aquellos bajo su supervisión que son parte del tratamiento y prevención de lesiones atléticas a tener acceso a toda la información medica necesaria. Yo/Nosotros autorizamos al personal de Medicina Deportiva Escolar a tener acceso a información médica en relación con mi hijo/a por un médico o su personal. De la misma forma el personal de Medicina Deportiva puede divulgar información médica a oficinas médicas, Entrenadores, Administradores y Facultad/Personal del distrito escolar/escuelas.

Autorización para Tratamiento Médico

Yo/Nosotros autorizamos tratamiento necesario para condiciones ocurridas durante la participación en eventos, incluyendo tratamiento médico o cirugía recomendado por un doctor. Yo doy permiso a un Entrenador Atlético Certificado, Entrenador, así como un medico o aquellos bajo su supervisión que son parte del tratamiento y prevención de lesiones deportivas a tener acceso a la información medica necesaria. De la misma forma doy autorización para que mi hijo/a reciba atención medica sin notificación explícita a los padres, del personal de Medicina Deportiva escolar y/o personal medico si el/la se lesiona participando en un evento. Con mi firma declaro que la información dada es correcta y que yo entiendo y estoy de acuerdo con la declaración sobre Permiso de Participación, Asumo de Riesgo, Información sobre Seguro Medico Secundario, Divulgación de Información Medica, Información sobre conmoción Cerebral y Autorización para Tratamiento Médico. Yo/Nosotros, nos comprometemos a reportar TODAS las lesiones y enfermedades ante el personal de Medicina Deportiva especialmente cualquier síntoma de una posible concusión. Por favor comuníquese con el Director de Medicina Atlética/Deportiva antes de hacer una cita por lesiones ocurridas como resultado de participación en actividades atléticas. Yo/Nosotros entendemos que el personal de Medicina Deportiva requiere documentación escrita de lesiones ocurridas por la participación en actividades atléticas. Yo/Nosotros entendemos que el personal de Medicina Deportiva requiere documentación escrita de aprobación de un medico antes de regresar a actividades, aun si no fue el resultado de participación en actividades deportivas. Cuando el personal de Medicina Deportiva determina que se requiere avanzado cuidado médico, el atleta debe proveer aprobación por escrita de un proveedor calificado, antes de regresar a participar. Yo/Nosotros no permitiremos participación en cualquier actividad en contra de la recomendación medica o hasta que el atleta sea aprobado por un proveedor medico (conforme lo indica el personal de Medicina Deportiva escolar).

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere preguntas adicionales en puntos importantes.
 - ¿Te sientes bajo mucho estrés o bajo mucha presión?
 - ¿Te sientes triste, sin esperanza, deprimido o con ansiedad?
 - ¿Te sientes a salvo en tu casa u hogar?
 - ¿Has usado cigarrillos, mascar tabaco?
 - ¿Has usado Tabaco de mascar en los últimos 30 días?
 - ¿Consumes alcohol o usas u otra droga?
 - ¿Has usado esteroides anabólicos u otro suplemento de desarrollo?
 - ¿Has tomado suplementos para ganar o bajar de peso o mejorar tu desarrollo?
 - ¿Usas cinturón de seguridad, casco y condones?
2. Considere revisar preguntas en relación a síntomas cardiovasculares (preguntas 5–14).

EXAMEN		
Estatura	Peso	___ Masc. ___ Fem.
BP / (/)	Pulso	Visión R 20/ L 20/ Corregida ___ Y ___ N
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Ojos/oidos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Nódulos Linfáticos		
Corazón ^a • Murmullos (auscultación de pie, recostado, +/- Valsalva) • Localización de punto de impulso máximo (PMI)		
Pulsos • Pulsos simultáneos femoral y radial		
Pulmones		
Abdomen		
Genito-urinario (varones únicamente) ^b		
Piel • HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis		
Neurologico ^c		
MUSCULO ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro /brazo		
Codo/amtebrazo		
Muñeca /mano/dedos		
Cadera /muslo		
Rodilla		
Pierna /tobillo		
Pie/dedos de los pies		
Funcional • Caminar como pato, brincar en un pie		

^aConsidere ECG, ecocardiograma, y referir al cardiología por historial cardiaco anormal o examen.
^bConsidere examen GU en forma privada. Se recomienda tener una tercera persona presente.
^cConsidere evaluación cognitiva o prueba basal neuropsiquiátrica con historial significativo de concusión.

- Aprobado para todos los deportes sin restricción
- Aprobado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para evaluación futura o tratamiento para _____
- No aprobado
- Evaluación profunda pendiente
 - Para cualquier deporte
 - Para ciertos deportes
- Razon _____

Recomendaciones _____

Yo he examinado al estudiante mencionado arriba y complete la evaluacion de participacion fisica. El atleta no presenta, aparenta contraindicaciones clinicas para practicar y participar en el/los deporte/s enumerados arriba. Si aparecen condiciones despues de que el atleta ha sido aprobado para participar, el medico puede cancelar la aprobacion hasta que el problema sea resuelto y las consecuencias potenciales han sido explicadas al atleta (y padres/tutores).

Nombre del medico (letra de molde): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del medico: _____, MD DO