

Nombre del alumno: _____ sexo: _____ fecha: _____
 Domicilio: _____ edad: _____ fec. nac.: _____
 Ciudad: _____ código postal: _____ teléfono del hogar: _____
 Teléfono celular del padre: _____ correo electrónico: _____
 Nombre del padre: _____ empleador: _____ teléfono: _____
 Nombre de la madre: _____ empleador: _____ teléfono: _____
 Grado actual: _____ fecha del primer día en el 9° grado (mes/año): _____

Es muy importante la verificación de que cumple los requisitos residenciales bajo las reglas de la CIF para los alumnos participando en deportes en el Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino. Para evaluar el estado de cada alumno, la información solicitada debe llenarse VERDADERA y CORRECTAMENTE por el alumno y el padre/tutor legal. Cualquier información falsa puede resultar en que un alumno sea clasificado como no tener derecho a participar y/o resultar en que el equipo pierda las competencias en las cuales participan el alumno.

¿Has asistido a cualquier otra preparatoria aparte de esta?

Si es **SÍ** (llena las secciones A y B abajo)

Si es **NO** (llena la sección B abajo solamente)

A ¿A cuál escuela asististe el año pasado? (incluye fechas) _____ nombre de la preparatoria _____
 Mientras asistía a esta escuela antedicha, mi domicilio era: _____
 Ciudad: _____ estado: _____
 Mientras asistía a la escuela antedicha vivía con: ambos padres padre madre pariente (especificar) _____
 Otro (especificar) _____
 Mientras asistía a mi escuela previa, participé en los siguientes equipos deportivos (por favor identifica cada deporte, nivel y año de participación)

B Fecha de ingreso a esta escuela (mes/año) _____
 Mientras asisto a esta escuela, mi domicilio es: _____
 Ciudad: _____ estado: _____
 Vivo con: ambos padres padre madre padrastra madrastra tutor legal padre adoptivo
 Pariente (especificar) _____ otro (especificar) _____
 ¿Es este el(los) mismo(s) padre(s)/tutor(es) legal(es)/otro(s) con quien(es) vivía mientras asistía la preparatoria previa en la sección A antedicha?
 SÍ NO NO APLICA

PARA EL PADRE O TUTOR LEGAL: se les pide firmar este formulario de participación a fin de que el alumno afectado pueda participar en una actividad extracurricular. No se requiere los formularios de participación en el caso de las actividades escolares curriculares o regulares debido a las disposiciones del seguro las cuales son hechas por la Mesa Directiva de Educación. Las disposiciones constitucionales y reglamentarias niegan el derecho de la Mesa Directiva para hacer disposiciones similares para actividades extracurriculares, por lo tanto el requisito para la aprobación especial de participación.

La Mesa Directiva de Educación considera muchas de las actividades extracurriculares ser dignas para los alumnos pero no las requiere para los alumnos. Estas actividades son **voluntarias** por parte de los alumnos y un formulario de participación firmado es necesario antes de participar. No se asignará ninguna penalidad salvo a la no participación si el formulario de participación no está firmado.

Autorización de los padres: al firmar este formulario yo(nosotros) estoy(estamos) conciente(s) que esta es una actividad extracurricular celebrada bajo la supervisión escolar. No es una actividad requerida. Entiendo(entendemos) que la Mesa Directiva de Educación, el distrito escolar o sus empleados no se responsabilizaran de lesiones que resultan de la participación de mi hijo en esta actividad o del transporte relacionado a esto. Mi(nuestras) firma(s) abajo verifican que he(mos) leído y entendido la asunción del riesgo.

La información antedicha es verdadera y correcta a mi leal saber.

Firma del alumno: _____ fecha _____

Firma del padre: _____ fecha _____

CIF Estatal

4658 Duckborn Drive
Sacramento, CA 95834
916.236.4477

DECLARACIÓN DE LA PROHIBICIÓN DE ESTEROIDES ANDROGÉNICAS/ANABÓLICAS

Como una condición de la membresía en la CIF, todas las escuelas adoptan reglamentos prohibiendo el uso de esteroides androgénicas/anabólicas. Todas las escuelas integrantes tendrán a los alumnos partícipes y a sus padres, tutor legal/cuidador acordar que el atleta no usará esteroides sin la receta escrita de un médico titulado (como sea reconocido por la AMA) para tratar una condición médica (Estatuto 523).

Al firmar abajo, ambos el alumno atleta partícipe y los padres, tutor legal/cuidador por el presente acuerdan que el alumno no usará esteroides androgénicas/anabólicas sin la receta por escrito de un médico completamente titulado (como sea reconocido por la AMA) para tratar una condición médica. También reconocemos que bajo el estatuto 202 de la CIF, puede haber penalidades por información falsa o fraudulenta. También entendemos que se hará cumplir el reglamento del *Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino* respecto al uso de drogas ilícitas para cualesquiera infracciones de estas reglas.

CIF Sección Sureña

Académico * Integridad * Deportes

10932 Pine Street
Los Alamitos, CA 90720
562.493-9500

Código de Ética del Atleta

Los deportes es una parte integral del programa educativo total de la escuela. Todas las actividades escolares, curriculares y extracurriculares, en el salón de clases y en el campo de juego, deben estar congruentes con las metas declaradas de la escuela y los objetivos establecidos para el desarrollo intelectual, físico, social y moral de sus alumnos. Es dentro de del contexto que el siguiente Código de Ética está presentado.

Como un atleta, entiendo que es mi responsabilidad:

1. Poner en primer lugar el rendimiento académico.
2. Mostrar respeto a los compañeros de equipo, los contrincantes, los árbitros y los entrenadores.
3. Respetar la integridad y el fallo de los árbitros del partido.
4. Exhibir el juego limpio, la deportividad y la conducta apropiada en el campo deportivo y fuera del mismo.
5. Mantener un elevado nivel de concientización de seguridad.
6. Abstenerme de usar palabrotas, groserías y otro lenguaje y gestos ofensivos.
7. Adherirme a las reglas y las normas establecidas del partido que ha de jugarse.
8. Respetar todo el equipo y usarlo segura y apropiadamente.
9. Abstenerme del uso de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y no recetadas, esteroides anabólicas o cualquier sustancia para mejorar el desarrollo o desempeño físico que no sean aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, Director de Salud Pública de los Estados Unidos o la Asociación Médica Americana.
10. Saber y seguir todas las reglas y regulaciones deportivas estatales, de sección y escolares que están relacionadas con los requisitos para participar y la participación deportiva.
11. Ganar con carácter, perder con dignidad.

Nuestras firmas atestiguan nuestro entendimiento y acuerdo a las disposiciones estatales y de las secciones sureñas.

Firma del padre

fecha

firma del atleta

fecha

Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino 4

Código de Conducta del Atleta

Como un atleta de una escuela del Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino, entiendo que represento a mi escuela y compañeros de equipo en el campo de juego y fuera del mismo, en la escuela y en la comunidad. Además, acuerdo con la filosofía CIF que es un privilegio, no un derecho, a participar en deportes para mi escuela y que mi rendimiento académico es una prioridad.

Por lo tanto, acuerdo que en todo momento, que:

1. Respetaré a mis compañeros de equipo, contrincantes, árbitros, entrenadores y espectadores.
2. Respetaré a mis compañeros de clase, maestros, administradores y personal de seguridad.
3. Acataré las reglas de mi escuela, equipo, deporte y la CIF.
4. Haré el rendimiento académico una prioridad; me enfocaré en mis clases y asistencia.
5. Me adheriré al Código de Ética para Atletas de la División Sureña de la CIF. (Página 3)
6. Me abstendré del uso de palabrotas, groserías, gestos ofensivos y de pelearme.
7. Haré un empeño en asistir y ser puntual a mis clases, partidos, prácticas y funciones del equipo.
8. Me comunicaré de una manera oportuna con mi entrenador si estoy o estaré ausente.
9. Informaré inmediatamente a mi entrenador/escuela de cualquier lesión que me ocurra y comunicar la condición de mi lesión a mi entrenador con constancia.
10. Seguiré el reglamento de transporte del distrito escolar (jugadores no pueden transportarse a sí mismos de ida y de venida de eventos deportivos celebrados fuera del plantel; ellos pueden transportarse solamente por su padre/tutor legal con permiso previo de la escuela).
11. Trabajaré arduamente y tendré una actitud positiva en el campo de juego y fuera del mismo.
12. Respetaré, usaré apropiadamente, mantendré y regresaré todo el equipo y bienes muebles e inmuebles escolares.
13. No usaré ni encomiaré el uso de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas, esteroides ni drogas no recetadas.
14. Acataré la regla 600 de la CIF: "Ninguna competencia externa" durante la misma temporada deportiva.
15. Apoyaré y seguiré las directrices descritas en el panfleto de "Las comunicaciones entre el alumno atleta, padre y entrenador" de cada escuela.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y acuerdo acatar el Código de Conducta del Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino. También entiendo que si no cumplo con este código de conducta, mi equipo, entrenador o personal escolar puede solicitar que mi estado deportivo sea revisado, y al criterio de mi entrenador, departamento deportivo y/o administración escolar, puedo ser suspendido o despedido de los deportes hasta por un año dependiendo en la infracción.

Nombre del alumno (en letra de molde)

firma del alumno

fecha

Nombre del padre/tutor legal (en letra de molde)

firma del padre/tutor legal

fecha

Protocolo de gestión del SBCUSD en caso de una conmoción cerebral

En los deportes, las conmociones cerebrales y otras lesiones cerebrales pueden ser lesiones graves que potencialmente ponen en riesgo la vida. Las investigaciones indican que estas lesiones también pueden tener graves consecuencias después en su vida si no son tratadas apropiadamente. En un empeño de combatir esta lesión se usará el siguiente protocolo de gestión de una conmoción cerebral para los alumnos atletas del SBCUSD sospechados de sostener una conmoción cerebral. Una **conmoción cerebral** sucede cuando hay un traumatismo directo o indirecto al cerebro. Como resultado, pueden suceder discapacidades transitorias de las funciones mentales como la memoria, el equilibrio y la visión. Es importante reconocer que muchas conmociones cerebrales relacionadas a los deportes *no* resultan en la pérdida del conocimiento y, por lo tanto, todas las sospechadas lesiones a la cabeza deben tomarse en serio. Los entrenadores y los compañeros de equipo pueden ayudar identificar aquellos que posiblemente pueden tener una conmoción cerebral, porque quizás un atleta con una conmoción cerebral no esté conciente de su condición o posiblemente está intentando esconder la lesión para quedarse en el partido o la práctica.

Estatuto 313 de la CIF. Jugar más prudentemente

Un alumno atleta quien se sospecha de tener una conmoción cerebral o lesión a la cabeza en una práctica o partido será removido de la competencia en ese momento por el resto del día. Un alumno atleta quien ha sido removido del juego no puede regresar a jugar hasta que el atleta sea evaluado por médico titulado capacitado en la evaluación y la gestión de la conmoción cerebral y reciba permiso por escrito para regresar del médico.

**Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino
Declaración sobre la conmoción cerebral del alumno atleta**

Entiendo que es mi responsabilidad de reportar todas las lesiones y enfermedades a mi director deportivo y/o entrenador.

He leído y entiendo la *Hoja informativa sobre las conmociones cerebrales de la CIF/CDC*.

Después de leer la hoja informativa sobre las conmociones cerebrales de la CIF/CDC, estoy consciente de la siguiente información:

Iniciala cada línea

- _____ Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, la cual soy responsable de reportar a mi entrenador deportivo o entrenador.
- _____ Una conmoción cerebral puede afectar my capacidad de desempeñar actividades cotidianas y afectar el tiempo de reacción, equilibrio, sueño y desempeño en clase.
- _____ No puede verse una conmoción cerebral, pero quizás se noten inmediatamente algunos síntomas. Otros síntomas pueden exhibirse horas o días después de la lesión.
- _____ Si sospecho que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de reportar la lesión a mi entrenador deportivo o entrenador.
- _____ No regresaré a jugar en un partido o práctica si he recibido un golpe a la cabeza o cuerpo que resulte en los síntomas relacionados a la conmoción cerebral.
- _____ Después de la conmoción cerebral el cerebro necesita tiempo para curarse. Tienes más probabilidad de repetirse una conmoción cerebral si regresas a jugar antes de que tus síntomas se resuelvan solos.
- _____ En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas pueden causar daño cerebral permanente o hasta la muerte.

Firma del alumno atleta fecha

firma del padre/tutor legal fecha

Nombre en letra de molde del alumno atleta

nombre en letra de molde del alumno atleta

Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino 7

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL ALUMNO PARTICIPE Y SEA TRANSPORTADO A ACTIVIDADES/EVENTOS/EXCURSIONES DEL AÑO ESCOLAR 2011-2012

Alumno: _____ grado: _____ escuela: _____

No siempre se brindará transporte a y/o de venida de los eventos por el Distrito. Los padres/tutores legales son responsables de garantizar que su hijo llegue y salga de los eventos como sean avisados. Al firmar este formulario reconoce que el Distrito no asume ninguna responsabilidad por el transporte del alumno de ida y/o venida del evento. Si usted aprueba la participación de su hijo en actividades/eventos/excursiones escolares, indíquelo al firmar y regresar este formulario de consentimiento.

Al firmar este formulario reconoce que su hijo puede ser un pasajero un carro particular (no manejado por un alumno), y por el presente doy mi permiso para que se realice el transporte. Entiendo que el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LA CIUDAD DE SAN BERNARDINO tiene archivado un Formulario de certificación del conductor escolar de la persona brindando el transporte. Como está estipulado en el Artículo 35330 del Código de Educación de California, entiendo que indemnizaré al Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino, sus funcionarios, agentes y empleados de toda y cualquier responsabilidad o demanda que puedan resultar de o en conexión con la participación de mi hijo en estas actividades.

Se espera que los alumnos se comporten de una manera que refleja el orgullo en sí mismos, su escuela y el Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino. Los reglamentos y regulaciones del Distrito que gobiernan la conducta del alumno serán las directrices para el comportamiento del alumno durante estos eventos/excursiones/actividades. Los alumnos que infringen los reglamentos y las regulaciones existentes están sujetos a la acción disciplinaria cuando regresen. Los reglamentos y las regulaciones, entre otros, prohíben:

1. El uso o posesión de bebidas alcohólicas, narcóticos, drogas peligrosas o armas.
2. El fumar por los alumnos en el plantel escolar o en otras áreas en cuales se están celebrando las actividades escolares.

Es importante que usted entienda que el Distrito no suministra seguro médico para los alumnos. Por lo tanto usted debe dar un comprobante de cobertura de seguro médico. Sin embargo, si no tiene seguro médico, hay seguro médico de bajo costo está disponibles a través de la oficina de la escuela.

En caso de una enfermedad o lesión, por el presente doy consentimiento a cualquier tratamiento o diagnosis dental, quirúrgico, médico, anestésico, examen, radiografías y atención hospitalaria que se consideran necesarios al mejor criterio del médico, cirujano o dentista responsables y realizadas por o bajo la supervisión de un personal médico del hospital o instalación brindando servicios médicos o dentales.

Firma del padre/tutor legal	relación al alumno	fecha de hoy
-----------------------------	--------------------	--------------

Firma del alumno	fecha de nacimiento	fecha de hoy
------------------	---------------------	--------------

Domicilio

Teléfono del hogar	teléfono de negocio
--------------------	---------------------

Compañía de seguro médico	núm. de póliza	teléfono
---------------------------	----------------	----------

Una nota especial para el padre/tutor legal: (1) todas las drogas deben apuntarse en este formulario; (2) todas las drogas, salvo aquellas que deben mantenerse en la persona del alumno para uso en caso de una emergencia, deben guardarse y ser distribuidas por el personal; (3) () marque aquí si hay problemas especiales de los cuales el personal debe estar conciente y que no se requiere drogas en la excursión; (4) si algún medicamento o droga ha de tomarse por el alumno, listelos aquí: (nombre de la droga y la razón) _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LA CIUDAD DE SAN BERNARDINO

Código de Conducta para el Padre

El apoyo de los padres a nuestro equipo deportivo es vital y es muy apreciado. A fin de brindar un entorno positivo para que los entrenadores y jugadores rindan a su mejor, eliminar las distracciones que pudieran afectar negativamente al programa, modelar buena deportividad y cumplir con las reglas de la CIF, les estamos pidiendo su apoyo del siguiente Código de Conducta para el Padre.

Fuertemente les encomiamos su apoyo activo y positivo de su hijo, y esperamos su asistencia a los partidos y otras actividades organizadas. El concepto de la deportividad, sin embargo, debe impartirse, modelarse y reforzarse por los adultos. Los padres/tutores legales de los atletas deben mantener el autocontrol y demostrar la perspectiva apropiada como se relacione a ganar y perder. Es importante recordar que una competencia deportiva es **SOLO UN PARTIDO—NO UN ASUNTO DE VIDA O MUERTE**. En consecuencia, les estamos pidiendo a todos los padres/tutores legales y espectadores quienes asisten a partidos acatar lo siguiente:

- favor de mostrar respeto hacia otros al abstenerse de abuchear o gritar comentarios u observaciones despectivos de las gradas hacia los contrincantes, entrenadores u árbitros. No se tolerarán los insultos personales ni lenguaje abusivo ni las palabrotas. Las infracciones pueden resultar en penalidades en contra del equipo y la expulsión del infractor.
- los padres no han de confrontar o buscar conferir con los entrenadores o árbitros durante o inmediatamente después de los partidos, salvo en casos de lesiones o tratamiento médico en caso de una emergencia para su hijo.
- no se celebrarán conferencias con el entrenador para hablar sobre o criticar su preparación para el partido, entrenamiento, estrategia o el estado de otros jugadores. Cualquier conferencia para hablar sobre el estado de su hijo debe programarse con el entrenador por adelantado.
- no se permitirán otras formas de comportamiento que son perturbadoras al partido o que impiden que otros disfruten del partido. Esto incluye, pero no está limitado a, acercarse al área de la banca mientras el partido esté en progreso, o intentando entrenar a su hijo o dar instrucciones a otros jugadores durante los partidos o el entrenamiento.
- apoyen los empeños de su hijo y los empeños de sus compañeros de equipo—sean encomiadores en vez de negativos sin importar el resultado de un partido.

Firma del padre/tutor legal fecha

firma del padre/tutor legal fecha

PERMISO GENERAL

Para

Televisión de Cable con Acceso a la Comunidad, Fotografías, Cintas de Video y Colocamiento en el Internet

PARA: Padres

DE PARTE DE: Oficina del Director(a)

De vez en cuando, al Distrito y a las organizaciones/asociaciones relacionadas al Distrito, les gustaría utilizar el nombre, las fotografías, las grabaciones y/o los comentarios de entrevista de estudiantes con propósitos publicitarios, incluyendo artículos de noticias y folletos producidos por el Distrito. Tales imágenes y comentarios se utilizan únicamente para propósitos de noticias y no p3.1:a uso comercial.

Como parte del programa informativo de los padres/la comunidad de cada escuela, quizá la escuela desee poner fotografías y/o nombres de estudiantes en el Internet o en el sitio Web de la escuela.

Todas las fotografías/cintas de video, comentarios del estudiante y el colocamiento en el Internet son tomadas/hecho por personal legítimos de medios publicitarios o por el personal escolar del Distrito. A fin de usar tal material, el consentimiento de los padres es necesario para cualquier estudiante menor de 18 años de edad.

PERMISO GENERAL

Favor de llenar este formulario y regresarlo a su escuela

Por favor indiquen abajo si dan su consentimiento para que el nombre, la imagen o los comentarios de su hijo(a) se utilizen:

En folletos y noticias de prensa (las noticias de prensa y las fotografías que las acompañan pueden ser publicadas por medios publicitarios locales, estatales o nacionales) _Si _No

Sitio/página Web en el Internet patrocinado por el Distrito _Si _No

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Firma de padre, madre o encargado: _____

Fecha: _____

Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino

Cuestionario del examen físico antes de la participación

Historial

Debe llenarse por el padre/tutor legal antes del examen a su mejor leal saber y entender

Nombre _____ sexo _____ edad _____ fecha de nacimiento _____
 Grado _____ escuela _____ deporte(s) _____
 Domicilio _____
 Médico personal _____
En caso de una emergencia, contacte
 Nombre _____ relación _____ teléfono (h) _____ (t) _____

Esta sección ha de llenarse detenidamente por el alumno y su(s) padre(s) o tutor(es) legal(es) antes de la participación en deportes interescolásticos a fin de ayudar detectar posibles riesgos.

Por el presente doy mi permiso para que mi hijo participe en deportes competitivos y vaya con un representante de la escuela a cualesquiera viajes. En caso que se lesione el alumno, están autorizados a que él reciba tratamiento. Asumiré la responsabilidad financiera.

Firma del padre/tutor legal

HISTORIAL (llenar antes de presentarlo al médico)

Explique las respuestas "SÍ" en el lugar provisto. Trace un círculo en las preguntas a cuales no sabe las respuestas.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|------------------------|--------------------------|------------------------|------|-----------|-------|---------|--------------------------|--------|--------|---------|------------------------|----------|------------------------|--|
| <p>1. ¿Alguna vez un médico ha denegado o limitado su participación en deportes por cualquier razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Tiene una afección médica continua (como diabetes o asma)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Presentemente está tomando medicina o píldoras recetadas o no recetadas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Tiene alergias a medicinas, polen, alimentos o insectos picantes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Cree que tiene buena salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DURANTE el ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Alguna vez ha sentido un malestar, dolor o presión en su pecho durante el ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Alguna vez se le ha acelerado el corazón o le salta un latido al corazón durante el ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. Le ha dicho el médico que tiene (marque todas las que aplican)
 Alta presión <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/>
 Alto el colesterol <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Le ha ordenado un médico una prueba para su corazón (ejemplo, ECG, ecocardiograma)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>12. ¿Ha muerto alguno de sus parientes aparentemente sin razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Alguien de su familia tiene un problema de corazón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Ha muerto algún pariente suyo de problemas del corazón o ha muerto repentinamente antes de los 50 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital para usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión, como un esguince o rotura del ligamento o músculo, o tendinitis que le causó perder una práctica o partido? Si es sí, trace un círculo abajo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">cabeza</td> <td style="padding: 2px;">cuello</td> <td style="padding: 2px;">hombro</td> <td style="padding: 2px;">brazo</td> <td style="padding: 2px;">codo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">antebrazo</td> <td style="padding: 2px;">pecho</td> <td style="padding: 2px;">espalda</td> <td style="padding: 2px;">parte baja de la espalda</td> <td style="padding: 2px;">cadera</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">pierna</td> <td style="padding: 2px;">rodilla</td> <td style="padding: 2px;">pantorrilla/ espinilla</td> <td style="padding: 2px;">tobillos</td> <td style="padding: 2px;">pies/dedos de los pies</td> </tr> </table> <p>18. ¿Alguna vez se ha quebrado o fracturado un hueso o dislocado una coyuntura? Si es sí, trace un círculo abajo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión de un hueso o coyuntura que requirió radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, abrazadera, un yeso o muletas? Si es sí, trace un círculo abajo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por fatiga? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>21. ¿Se le ha dicho que tiene o que ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>22. ¿Le ha dicho un médico que tiene asma o alergias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | cabeza | cuello | hombro | brazo | codo | antebrazo | pecho | espalda | parte baja de la espalda | cadera | pierna | rodilla | pantorrilla/ espinilla | tobillos | pies/dedos de los pies | <p>23. ¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultad respirando durante o después del ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>24. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>25. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamento para asma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>26. ¿Nació sin o no tiene un riñón, un ojo, un testículo o sin otro órgano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>27. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión a la cabeza o conmoción cerebral? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>28. ¿Alguna vez se ha golpeado en la cabeza o ha estado confundido o ha perdido su memoria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>29. ¿Alguna vez ha sufrido un ataque de apoplejía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>30. ¿Tiene dolores de cabeza al hacer ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>31. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas después de haberse pegado o caído? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>32. ¿Alguna vez no ha podido mover sus brazos o piernas después de haberse golpeado o caído? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>33. ¿Al hacer ejercicio en el calor ha sufrido calambres musculares severos o se ha enfermado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>34. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien en su familia tiene el rasgo drepanocítico o drepanocitosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>35. ¿Usa lentes o lentes de contacto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>36. ¿Tiene inquietudes que le gustaría hablar con su médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>37. Documente las fechas de sus inmunizaciones más recientes (vacunas)
 Tdap _____
 Vacuna de "refuerzo" para tétano _____
 Hepatitis B _____ sarampión _____</p> <p>SOLAMENTE MUJERES</p> <p>38. Fecha de su último periodo menstrual _____</p> <p>39. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual? _____</p> <p>Explique sus respuestas de "SÍ" aquí: (anexe hojas adicionales como se necesiten)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| cabeza | cuello | hombro | brazo | codo | | | | | | | | | | | | |
| antebrazo | pecho | espalda | parte baja de la espalda | cadera | | | | | | | | | | | | |
| pierna | rodilla | pantorrilla/ espinilla | tobillos | pies/dedos de los pies | | | | | | | | | | | | |

Yo (nosotros) por el presente declaro (declaramos), a mi (nuestro) mejor leal saber y entender, mis (nuestras) respuestas a las preguntas antedichas son completas y correctas.

Alumno atleta: _____ firma del padre/tutor legal: _____ fecha _____

****Este alumno tiene seguro medico sí no

Si es sí, el nombre de la compañía de seguro medico y el número de la póliza _____

Nota: el historial y todos los formularios de consentimiento deben llenarse antes del examen físico

FORMULARIO DEL EXAMEN MÉDICO

Nombre _____ fecha de nacimiento _____
 Estatura _____ peso _____ % de grasa corporal (opcional) _____ pulso _____
 BP ____ / ____ (____ / ____ , ____ / ____) visión R 20/ _____ L 20/ _____ corregido sí no
 Pupilas: iguales _____ desiguales _____

MEDICA	normales	hallazgos anormales
Apariencia		
Ojos/oídos/nariz/garganta		
Audición		
Glándulas linfáticas		
Corazón		
Soplo en el corazón		
Pulso		
Pulmones		
Abdomen		
Genitales (solamente hombres)		
Piel		
MUSCULO ESQUELETICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/pierna		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

PERMISO POR EL MÉDICO

Nombre del médico (en letra de molde) _____ fecha _____

Domicilio _____ teléfono _____

Firma del médico _____, MD, DC o DO

Núm. de la licencia médica o estampa _____

Puede participar en deportes SÍ NO (SI ES NO LLENE ABAJO)

Tiene permiso después de finalizarse la evaluación/rehabilitación para: _____

No puede participar en: _____ razones: _____