

ESCUELAS INTERMEDIAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE
WILLIAM

Revisado en mayo de 2024
Página 1 de 4

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/EXAMEN FÍSICO

Se requiere un formulario firmado por separado para cada año escolar **desde el 1 de mayo del año en curso hasta el 30 de junio del año siguiente.**

Para el año escolar _____

Parte I-PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

(A cumplimentar y firmar por el alumno)

Masculino _____

Hembra _____

IMPRIME CLARAMENTE

Nombre _____ Identificación del estudiante# _____
(Última) (Primero) (Medio Inicial)

Dirección de la casa _____

Ciudad/Código Postal _____

Dirección de la casa de los padres _____

Ciudad/Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUALIZADAS

ELEGIBILIDAD

Un estudiante no puede participar en un deporte si cumple quince (15) años en o antes del 1 de septiembre del año escolar actual. Un estudiante no puede participar en deportes B (Junior Varsity) si el estudiante tiene catorce (14) años de edad en o antes del 1 de septiembre del año escolar actual. Los estudiantes de octavo grado NO pueden participar en deportes de la escuela intermedia B (Junior Varsity). A los estudiantes de sexto grado se les permite participar en deportes universitarios de la escuela intermedia cuando, en opinión del entrenador, coordinador atlético y director, el estudiante es lo suficientemente maduro y tiene las habilidades necesarias para competir en el nivel A (Varsity).

PARTICIPACIÓN

Un estudiante puede participar en un solo equipo escolar durante una temporada deportiva determinada y puede cambiar de deporte antes de la primera competencia. No pueden cambiar de deporte una vez que comience la temporada regular. Cualquier excepción a esto debe ser aprobada por el coordinador deportivo y el director de la escuela en caso de circunstancias atenuantes. Una vez que un estudiante de secundaria participa con un equipo de la escuela secundaria, renuncia al privilegio de participar con el equipo de la escuela intermedia en ese deporte.

ELEGIBILIDAD ACADÉMICA

Un estudiante debe aprobar un mínimo de cinco clases y no reprobar más de una clase durante el período de calificación de nueve semanas. El estudiante será declarado inelegible para el siguiente período de calificación. Esta regla se aplica tanto a la práctica como a la participación en el juego. Los estudiantes no elegibles que se vuelven elegibles después de la selección del equipo no pueden unirse a un equipo.

EXAMEN MÉDICO/PERMISO DE LOS PADRES

En todas las actividades interescolares, cada participante debe tener un examen físico válido por un Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermera Practicante o Asistente Médico y tener el permiso de los padres / tutores antes de que el participante pueda participar en cualquier deporte. Cada participante deberá completar una Tarjeta de Atención de Emergencia y ser firmada por el padre/tutor del participante. Las tarjetas deberán estar disponibles para los entrenadores en las prácticas y partidos.

SELECCIÓN DEL EQUIPO

La selección del equipo debe incluir tantos participantes como sea posible. Cada estudiante que se pruebe recibirá información de su escuela que especifica la duración de la práctica, los criterios para la selección del equipo, el equipo necesario y un calendario de juegos. Todas las selecciones de escuadrones se implementarán de manera positiva y objetiva. Habrá tres días designados para las pruebas para todos los equipos atléticos.

SEGURO

Todos los estudiantes que participan en el programa deportivo deben tener cobertura de seguro para accidentes. La póliza de seguro de accidentes puesta a disposición por las Escuelas Públicas del Condado de Prince William cubre todas las actividades deportivas.

https://www.pwcs.edu/departments/risk_management/student_accident_insurance

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Proporcionar información falsa resulta en la inelegibilidad durante 365 días.

El examen físico previo a la participación no sustituye un examen anual completo por parte del médico de atención primaria del estudiante.

PARTE II HISTORIA CLÍNICA (Explique las respuestas "SÍ" a continuación)

Este formulario debe completarse y firmarse, antes del examen físico, para que lo revise el profesional examinador. Explique las respuestas "SÍ" a continuación con el número de la pregunta. Encierra en un círculo							
HISTORIAL MÉDICO GENERAL		SÍ	NO	LAS PREGUNTAS MÉDICAS CONTINUARON		SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Ha tenido mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, un bazo u otro órgano interno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. ¿Tiene alguna afección médica en curso? En caso afirmativo, sírvase identificar: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o suplemento a diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor, ¿tiene músculos severos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. ¿Tienes alergias a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Al hacer ejercicio en el calor, ¿tiene calambres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluidas las resistentes al herpes o a la metilina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital? En caso afirmativo, ¿por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas o no ha podido mover los brazos o las piernas <u>DESPUÉS de ser golpeado o caer</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Alguna vez te has sometido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		SÍ	NO	32. ¿Ha tenido algún otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. ¿Alguna vez ha sentido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. ¿Su corazón se acelera, revolotea en su pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Usa gafas protectoras como gafas o protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco, incluyendo: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Te preocupa tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			38. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que suba o baje de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			39. ¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			40. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			41. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			42. ¿Alergias a los alimentos o a los insectos que pican?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			43. ¿Alguna vez has tenido un diagnóstico de COVID-19? Fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			44. ¿Cuál es la fecha de su última vacuna Tdap o Td (tétanos)? Fecha: _____				
14. ¿Te sientes mareado o con dificultad para respirar que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLO MUJERES		SÍ	NO	
15. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU		SÍ	NO	46. Edad en la que tuviste tu primera menstruación: _____			
16. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Número de períodos en los últimos 12 meses: _____				
17. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ¿Tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente? _____				
18. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#	>>			
			#	>>			
			#	>>			
			#	>>			
19. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#	>>			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS		SÍ	NO				
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, ¿Músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perderse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#	>>			
			#	>>			
21. ¿Tiene actualmente una lesión ósea, muscular o articular que ¿Te molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enumere los medicamentos y suplementos nutricionales que está tomando actualmente aquí:				
PREGUNTAS MÉDICAS		SÍ	NO				
22. ¿Tose, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
23. ¿Tiene asma o usa medicamentos para el asma (inhalador, nebulizador)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

→ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____ → Firma del estudiante: _____

PARTE III- EXAMEN FÍSICO

(Se requiere un formulario de examen físico cada año escolar con fecha posterior al 1 de mayo del año escolar anterior y es válido hasta el 30 de junio del año escolar actual)**

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

Altura	Peso	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Femenino
BP /	Pulso en reposo	Visión R 20/	L 20/
		Corregido <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto (estigmas de Marfan: cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral e insuficiencia aórtica)		
Ojos/oídos/nariz/garganta (Pupilas iguales, audición)		
Ganglios linfáticos		
Corazón (Sopliques: auscultación de pie, decúbito supino, +/- Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel (virus del herpes simple, lesiones sugestivas de SARM o tiña corporal)		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Atrás		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional (es decir, sentadilla con dos piernas, sentadilla con una sola pierna, caída de caja o prueba de caída de escalón)		
Medicamentos de emergencia necesarios en el lugar:	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Glucagón <input type="checkbox"/> Otro:
COMENTARIOS:		

He revisado los datos anteriores, revisado su formulario de historial médico y hago las siguientes recomendaciones para su participación en el atletismo:

- MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIONES
- MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIÓN CON RECOMENDACIÓN PARA UNA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO ADICIONAL DE: _____
- MÉDICAMENTE ELEGIBLE SOLAMENTE PARA LOS SIGUIENTES DEPORTES: _____
Razón: _____
- NO MÉDICAMENTE ELEGIBLE A LA ESPERA DE UNA EVALUACIÓN ADICIONAL DE: _____
- NO ES MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA NINGÚN DEPORTE

Con esta firma, doy fe de que he examinado al estudiante mencionado anteriormente y he completado este examen físico previo a la participación, incluida una revisión de la Parte II - Historia Médica.

→ FIRMA DEL PRACTICANTE: _____ (MD, DO, NP o PA) + FECHA **: _____

NOMBRE Y TÍTULO DEL EXAMINADOR (EN LETRA DE IMPRENTA): _____ NÚMERO DE

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CREMALLERA: _____

+Solo se aceptará la firma de un Doctor en Medicina, un Doctor en Medicina Osteopática, una Enfermera Practicante o un Asistente Médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

Regla 28B-1 (3) Regla de Examen Físico/Estudiante de Transferencia (10-90)- Cuando un estudiante de otro estado que ha recibido un examen físico actual en otro lugar se transfiere a Virginia y adjunta prueba de ese examen físico al formulario de la Liga # 2, el estudiante cumple con los requisitos del examen físico.

PARTE IV - RECONOCIMIENTOS DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO

(A ser completado por el padre/tutor)

Doy permiso para _____ (nombre del niño/pupilo) para participar en cualquiera de los siguientes deportes que NO están tachados: béisbol, baloncesto, porristas, fútbol americano, fútbol, softbol, atletismo, voleibol, lucha libre, otros (identifique los deportes): _____.

He revisado las reglas de elegibilidad individuales y soy consciente de que con la participación en deportes viene el riesgo de lesiones para mi hijo/pupilo. Entiendo que el grado de peligrosidad y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que conllevan el mayor riesgo. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente a los deportes a través de reuniones, folletos escritos o algún otro medio. Tiene seguro médico/de accidentes para estudiantes disponible a través de la escuela (sí _____ No ___); Tiene cobertura de seguro de participación atlética a través de la escuela (sí _____ No ___); está asegurado por nuestra póliza familiar con: Nombre de la compañía de seguros médicos: _____

Número de póliza: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Soy consciente de que participar en deportes implicará viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al deporte y, con el viaje involucrado y con este conocimiento en mente, otorgo permiso para que mi hijo/pupilo participe en el deporte y viaje con el equipo.

Con esta firma, doy mi consentimiento para permitir que el (los) médico (s) y otro (s) proveedor (s) de atención médica seleccionado por mí o el

A la escuela para realizar un examen previo a la participación de mi hijo/a y para proporcionar tratamiento para cualquier lesión o condición que resulte de la participación en deportes/actividades para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Además, doy mi consentimiento para permitir que dicho(s) médico(s) o proveedor(es) de atención médica comparta información apropiada sobre mi hijo que sea relevante para la participación en deportes y actividades con entrenadores y otro personal escolar según se considere necesario.

Para acceder a un seguro de salud integral de calidad y bajo costo a través de FAMIS para su hijo, comuníquese con Cover Virginia yendo a www.coverva.org o llamando al 855-242-8282.

PARTE V- FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA*

(Debe ser completado y firmado por el padre/tutor)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____ EDAD: _____ DOB: _____

SECUNDARIA: _____ CIUDAD: _____

Enumere cualquier problema de salud significativo que pueda ser significativo para un médico que evalúe a su hijo **en caso de una emergencia**:

ENUMERE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, ETC.: _____

¿AL ESTUDIANTE SE LE ESTÁ RECETANDO ACTUALMENTE UN INHALADOR O EPI-PEN? _____

EMERGENCIA: _____ HAGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS DE
¿EL ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? _____ SI ES ASÍ, ¿QUÉ? _____

¿EL ESTUDIANTE USA LENTES DE CONTACTO? _____ FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA Tdap O Td (TÉTANOS): _____

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA: En caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de _____ Escuela Intermedia para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y/o anestesia y/o cirugía para la persona nombrada anteriormente.

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): _____

_____ NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): _____ NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: _____

→ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____
RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

* La tarjeta de permiso de emergencia se puede reproducir para viajar con los equipos respectivos y es aceptable para el tratamiento de emergencia en caso de necesidad.

→ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA: _____

Firma del padre/tutor

El examen físico previo a la participación no sustituye un examen anual completo por parte del médico de atención primaria del estudiante.