

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
PARTICIPACIÓN EN DEPORTES – Evaluación Física antes de Participar

Este formulario completado debe ser archivado por la escuela. Este formulario es válido por 365 días calendario desde la fecha de la evaluación según escrito en la página 2.

Parte 1. Información del Estudiante (para ser completado por el estudiante o padre).

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Escuela: _____ Grado en la Escuela: _____ Deporte(s): _____
 Dirección Residencial: _____ Tel. del Hogar (____) _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____
 Persona de Contacto en Caso de Emergencia: _____
 Relación con el Estudiante: _____ Tel. del Hogar: (____) _____ Tel. del Trabajo: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____
 Médico Personal/Familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Tel. de la Oficina: (____) _____

Parte 2. Historial Médico (para ser completado por el estudiante o padre). Explique las respuestas "Sí" más abajo. Circule las preguntas de las que no conoce la respuesta.

	Sí	No		Sí	No	
1. ¿Ha tenido usted una enfermedad/lesión médica desde su último chequeo o examen físico para deportes?	___	___	26. ¿Se ha sentido usted enfermo alguna vez por ejercitarse en el calor?	___	___	
2. ¿Tiene usted una enfermedad crónica continua?	___	___	27. ¿Usted tose, jadea o respira con dificultad durante o después de una actividad?	___	___	
3. ¿Ha estado usted alguna vez hospitalizado de un día para otro?	___	___	28. ¿Padece usted de asma?	___	___	
4. ¿Ha tenido usted alguna vez una cirugía?	___	___	29. ¿Padece usted alergias de temporada que requieren tratamiento médico?	___	___	
5. ¿Está usted actualmente tomando algunas medicinas o pastillas recetadas o no recetadas (de venta libre) o utilizando un inhalador?	___	___	30. ¿Utiliza usted cualquier equipo especial de protección o correctivo o aparatos médicos que usualmente no se utilizan para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, rollo especial para cuello, plantillas para el pie, catéter, retenedor en los dientes o audífono)?	___	___	
6. ¿Ha tomado usted alguna vez cualquier suplemento o vitamina para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?	___	___	31. ¿Ha tenido usted algún problema con sus ojos o visión?	___	___	
7. ¿Tiene usted alguna alergia (por ejemplo, polen, látex, medicina, alimento o de insectos que pican)?	___	___	32. ¿Usa usted espejuelos, lentes de contacto o protector para ojos?	___	___	
8. ¿Ha tenido usted alguna vez sarpullido o urticaria que se desarrolla durante o después del ejercicio?	___	___	33. ¿Ha tenido usted una torcedura, distensión o hinchazón luego de una lesión?	___	___	
9. ¿Se ha desmayado usted alguna vez durante o después del ejercicio?	___	___	34. ¿Se ha roto o fracturado usted algún hueso o dislocado alguna coyuntura?	___	___	
10. ¿Se ha mareado usted alguna vez durante o después del ejercicio?	___	___	35. ¿Ha tenido usted algún otro problema con dolor o hinchazón de los músculos, tendones, huesos o coyunturas?	___	___	
11. ¿Ha tenido usted alguna vez dolor de pecho durante y después del ejercicio?	___	___	<i>Si contestó Sí, marque en la raya apropiada y explique más abajo.</i>			
12. ¿Se cansa usted más rápido de lo que lo hacen sus amigos durante el ejercicio?	___	___	___ Cabeza	___ Brazo	___ Dedo	___ Canilla/Pantorrilla
13. ¿Ha tenido usted alguna vez el corazón acelerado o latidos irregulares?	___	___	___ Cuello	___ Codo	___ Pie	___ Tobillo
14. ¿Ha tenido usted alguna vez hipertensión o colesterol alto?	___	___	___ Espalda	___ Antebrazo	___ Cadera	
15. ¿Le han dicho a usted alguna vez que tiene un soplo cardíaco?	___	___	___ Pecho	___ Muñeca	___ Muslo	
16. ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas del corazón o por muerte súbita, antes de los 50 años de edad?	___	___	___ Hombro	___ Mano	___ Rodilla	
17. ¿Ha tenido usted una infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) dentro del último mes?	___	___				
18. ¿Alguna vez el médico le ha denegado o restringido su participación en los deportes por algún problema del cardíaco?	___	___	36. ¿Desea usted pesar más o menos de lo que pesa ahora?	___	___	
19. ¿Tiene usted actualmente cualquier problema de la piel (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos, ampollas o llagas)?	___	___	37. ¿Pierde usted peso regularmente para cumplir con los requisitos del peso para su deporte?	___	___	
20. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o contusión?	___	___	38. ¿Se siente usted con mucho estrés?	___	___	
21. ¿Ha sido usted alguna vez noqueado, ha quedado inconsciente o perdido la memoria?	___	___	39. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con anemia de célula falciforme?	___	___	
22. ¿Ha sufrido usted alguna vez un ataque?	___	___	40. ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticado con rasgo de célula falciforme?	___	___	
23. ¿Tiene usted dolores de cabeza frecuentes o severos?	___	___	41. Indique las fechas de sus vacunas más recientes para: Tétano: _____ Sarampión: _____ Hepatitis B: _____ Varicela: _____			
24. ¿Ha tenido usted alguna vez adormecimiento u hormigueo en sus brazos, manos, piernas o pies?	___	___	DAMAS SOLAMENTE (opcional)			
25. ¿Ha tenido usted alguna vez dolor agudo, quemazón o compresión de un nervio?	___	___	42. ¿Cuándo fue su primera menstruación? _____			
			43. ¿Cuándo fue su más reciente menstruación? _____			
			44. ¿Cuánto tiempo pasa entre una menstruación y la próxima? _____			
			45. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido usted en el último año? _____			
			46. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre menstruaciones en el pasado año? _____			

Explique aquí las respuestas "Sí": _____

Por la presente, nosotros declaramos, según nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores están completas y correctas. Además de la evaluación médica de rutina requerida por los Estatutos de Florida s.1006.20 y la Ley 9.7 de FHSAA, entendemos y admitimos que por la presente estamos advertidos que el estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, la cual puede incluir tales exámenes diagnósticos como electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), ecocardiograma (ECG, por sus siglas en inglés) y/o examen de cardio estrés.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
PARTICIPACIÓN ATLÉTICA - Evaluación física previa a la participación

Este formulario completado debe ser archivado por la escuela. Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la evaluación como se escribe a continuación.

Parte 3. Examen físico (debe ser completado por un médico con licencia, un médico osteópata con licencia, un médico quiropráctico con licencia, un asistente médico con licencia o enfermera registrada de practica avanzada con licencia).

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Estatura: _____ Peso: _____ % Grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ Presión arterial: ____ / ____ (____ / ____, ____ / ____)

Temperatura: _____ Audición: derecho: P ____ F ____ izquierdo: P ____ F ____

Agudeza visual: derecho 20/ _____ izquierdo 20/ _____ Corregido: Sí No Pupilas: Iguales _____ Desiguales _____

RESULTADOS	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES	INICIALES*
MEDICAL			
1. Apariencia	_____	_____	_____
2. Ojos / Oídos / Nariz / Garganta	_____	_____	_____
3. Ganglios linfáticos	_____	_____	_____
4. Corazón	_____	_____	_____
5. Pulsos	_____	_____	_____
6. Pulmones	_____	_____	_____
7. Abdomen	_____	_____	_____
8. Genitales (solo varones)	_____	_____	_____
9. Piel	_____	_____	_____
MUSCULOSQUELETAL			
10. Cuello	_____	_____	_____
11. Espalda	_____	_____	_____
12. Hombro/Brazo	_____	_____	_____
13. Codo / Antebrazo	_____	_____	_____
14. Muñeca/Mano	_____	_____	_____
15. Cadera/Muslo	_____	_____	_____
16. Rodilla	_____	_____	_____
17. Pierna/Tobillo	_____	_____	_____
18. Pie	_____	_____	_____

* – examen basado en estaciones solamente

EVALUACIÓN DEL MÉDICO EXAMINADOR / ASISTENTE MÉDICO / PRACTICANTE DE ENFERMERÍA

Por la presente certifico que cada examen mencionado anteriormente fue realizado por mí mismo o por un individuo bajo mi supervisión directa con las siguientes conclusiones:

____ Autorizado sin limitaciones

____ Discapacidad: _____ Diagnóstico: _____

____ Precauciones: _____

____ No autorizado para: _____ Razón: _____

____ Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para: _____

____ Referido a: _____ Para: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico / asistente médico / enfermera practicante (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del médico / asistente médico / enfermera practicante: _____

EVALUACIÓN DEL MÉDICO A QUIEN SE REFIERE (si corresponde)

Por la presente certifico que los exámenes para los cuales se hizo referencia los realicé yo mismo o un individuo bajo mi supervisión directa con las siguientes conclusiones:

____ Autorizado sin limitaciones

____ Discapacidad: _____ Diagnóstico: _____

____ Precauciones: _____

____ No autorizado para: _____ Razón: _____

____ Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para: _____

____ Referido a: _____ Para: _____

Recomendaciones: _____

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

Dirección: _____

Firma del médico: _____

Basado en las recomendaciones desarrolladas por la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, la Academia Estadounidense de Pediatría, la Sociedad Médica Estadounidense de Medicina del Deporte, la Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina del Deporte y la Academia Estadounidense de Osteopatía de la Medicina Deportiva.

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
PARTICIPACIÓN EN DEPORTES – Certificado de Consentimiento y Exoneración de Responsabilidad

Este formulario completado debe ser archivado por la escuela. Este formulario es válido por 365 días calendario desde la fecha de la firma más reciente.

Escuela: _____ **Distrito Escolar (si aplica):** _____

Parte 1. Reconocimiento y Exoneración por el Estudiante (para ser firmado por el estudiante al final)

He leído las Reglas de Elegibilidad de FHSAA (resumidas) impresas en la parte al dorso de este "Certificado de Consentimiento y Exoneración" y no conozco razón alguna por la cual no pueda ser elegible de representar a mi escuela en las competencias deportivas entre escuelas. Si soy aceptado como representante, estoy de acuerdo de cumplir con las reglas de mi escuela y FHSAA y de acatar sus decisiones. Estoy consciente de que la participación en deportes es un privilegio. Se me ha informado y conozco los riesgos que conlleva la participación en deportes, entiendo que una lesión sería, incluyendo la posibilidad de una contusión y hasta muerte, es posible por tal participación y decido aceptar tales riesgos. Voluntariamente acepto cualquier y toda responsabilidad por mi propia seguridad y bienestar mientras participo en deportes, con el completo entendimiento de los riesgos que conlleva. De yo tener 18 años de edad o mayor o de haber sido emancipado por mi(s) padre(s)/tutor(es), por la presente exono y eximo a la Junta Escolar del Condado Osceola, sus oficiales, empleados y agentes, mi escuela, las escuelas con las cuales compite mi escuela, los oficiales de la competencia y FHSAA de cualquier y toda responsabilidad de alguna lesión o reclamación que resulte de dicha participación en deportes y estoy de acuerdo en no tomar acción legal en contra de las entidades anteriormente mencionadas y FHSAA por causa de cualquier accidente o contratiempo debido a mi participación en deportes. Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información individual de salud documentada, por si fuera necesario un tratamiento por enfermedad o lesión. Por la presente le concedo a FHSAA el derecho de revisar todos los expedientes relacionados con mi elegibilidad para deportes incluyendo, pero no limitado a, mis expedientes relacionados con mi matrícula y asistencia, estatus académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y aptitud física. Por la presente concedo a las partes ya mencionadas el derecho a fotografiarme y/o filmarme en video y además utilizar mi nombre, cara, parecido, voz y apariencia en conexión con exhibiciones, publicidad, materiales de anuncio y promoción sin reservación o limitación. Las partes exoneradas, sin embargo, no están bajo obligación alguna de ejercer los derechos mencionados aquí. Entiendo que las autorizaciones y derechos concedidos aquí son voluntarios y que puedo revocar alguno o todos ellos en cualquier momento, sometiendo por escrito a mi escuela dicha revocación. Al hacer esto, sin embargo, entiendo que ya no será elegible para participar en competencias deportivas entre escuelas.

Parte 2. Consentimiento, Reconocimiento y Exoneración por el Padre/Tutor (Para ser completado y firmado por el(los) padre(s)/tutor(es) al final; donde el padre/tutor, divorciado o separado, que posea la custodia legal debe firmar.)

A. Yo/nosotros por la presente doy/damos consentimiento para mi/nuestro hijo/pupilo a participar en cualquier deporte reconocido o sancionado por FHSAA, **EXCEPTO** el/los siguiente/s deporte/s:

Escriba las excepciones de el/los deporte/s aquí

- B. Yo/nosotros entiendo/entendemos que la participación puede conllevar que él/ella sea despachado(a) temprano de las clases. Yo/nosotros entiendo/ entendemos que en ciertas circunstancias, la escuela no podrá proveer la transportación a eventos programados regularmente. Cuando esto ocurra, yo/nosotros entiendo/entendemos y reconozco/reconocemos que es mi/nuestra responsabilidad hacer arreglos para la transportación de mi/nuestro hijo/pupilo al evento deportivo. Yo/nosotros acepto/aceptamos cualquier y toda responsabilidad por su seguridad y bienestar mientras viaja al evento deportivo. Con el completo entendimiento de los riesgos envueltos, yo/nosotros exono/exoneramos y eximo/eximimos a la Junta Escolar del Condado Osceola, sus oficiales, empleados y agentes, la escuela de mi/nuestro hijo/pupilo, las escuelas con las cuales compite su escuela, los oficiales de la competencia y FHSAA de cualquier y toda responsabilidad de alguna lesión o reclamación que resulte de cualquier accidente que pueda ocurrir al viajar desde y hasta el evento deportivo.
- C. Yo/nosotros sé/sabemos de y reconozco/reconocemos que mi/nuestro hijo/pupilo sabe de, los riesgos envueltos por la participación en deportes entre escuelas, entiende que una lesión sería y hasta muerte, es posible en tal participación y elije aceptar cualquier y toda responsabilidad por su seguridad y bienestar mientras participa en deportes. Yo/nosotros acepto/aceptamos cualquier y toda responsabilidad por su seguridad y bienestar mientras viaja al evento deportivo. Con el total entendimiento de los riesgos envueltos, yo/nosotros exono/exoneramos y eximo/eximimos a la Junta Escolar del Condado Osceola, sus oficiales, empleados y agentes, la escuela de mi/nuestro hijo/pupilo, las escuelas con las cuales compite su escuela, los oficiales de la competencia y FHSAA de cualquier y toda responsabilidad de alguna lesión o reclamación por tal participación en deportes y estoy/estamos de acuerdo de no tomar acción legal en contra de las entidades anteriormente mencionadas y FHSAA por causa de cualquier accidente o contratiempo debido a la participación de mi/nuestro hijo/pupilo en deportes. Yo/nosotros autorizo/autorizamos tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro hijo/pupilo si surgiera la necesidad de tal tratamiento mientras mi/nuestro hijo/pupilo está bajo la supervisión de la escuela. Yo/nosotros además, por la presente, autorizo/autorizamos el uso o divulgación de la información individual de salud documentada de mi/nuestro hijo/pupilo, por si fuera necesario un tratamiento por enfermedad o lesión. Yo/nosotros doy/damos el consentimiento a la escuela de mi/nuestro hijo/pupilo de divulgar, a FHSAA, según su petición, todos los expedientes relacionados con su elegibilidad atlética incluyendo, pero no limitado a, sus expedientes relacionados con su matrícula y asistencia, estatus académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y aptitud física. Yo/nosotros concedo/concedemos a las partes ya mencionadas el derecho de fotografiar y/o filmar en video a mi/nuestro hijo/pupilo y además utilizar el nombre, cara, parecido, voz y apariencia de dicho hijo/pupilo en conexión con exhibiciones, publicidad, materiales de anuncio y promoción sin reservación o limitación. Las partes exoneradas, sin embargo, no están bajo obligación alguna de ejercer los derechos mencionados aquí.
- D. Yo/nosotros estoy/estamos conscientes del peligro potencial de las contusiones y/o lesiones de cabeza/cuello en competencias deportivas entre escuelas. Yo/nosotros también tengo/tenemos conocimiento sobre el riesgo de continuar participando una vez que tal lesión se prolongue sin tener la apropiada aprobación médica.

LEA ESTE FORMULARIO COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN PERMITIR QUE SU HIJO MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ESTÁ DE ACUERDO QUE, AUNQUE LA ESCUELA DE MI HIJO/PUPILO, LAS ESCUELAS CONTRA LAS QUE COMPITE SU ESCUELA, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS OFICIALES DE LA COMPETENCIA Y FHSAA TENGAN EL CUIDADO RAZONABLE AL PROVEER ESTA ACTIVIDAD, HAY UNA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA SER SERIAMENTE LESIONADO O MUERTO POR PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD, PORQUE HAY CIERTOS PELIGROS QUE SON PARTE DE LA ACTIVIDAD QUE NO SE PUEDEN EVITAR O ELIMINAR. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ESTÁ RENUNCIANDO A LOS DERECHOS DE SU HIJO Y A LOS DERECHOS SUYOS DE COBRAR DE LA ESCUELA DE MI HIJO/PUPILO, LAS ESCUELAS CONTRA LAS QUE COMPITE SU ESCUELA, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS OFICIALES DE LA COMPETENCIA Y FHSAA EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL, INCLUYENDO MUERTE, DE SU HIJO O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE EL DERECHO DE REHUSARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO Y LA ESCUELA DE MI HIJO/PUPILO, LAS ESCUELAS CONTRA LAS QUE COMPITE SU ESCUELA, EL DISTRITO ESCOLAR, LOS OFICIALES DE LA COMPETENCIA Y FHSAA, TIENEN EL DERECHO DE REHUSARSE A PERMITIR QUE SU HIJO PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

- E. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo que en caso de que yo/nosotros prosiga/prosigamos a una litigación, buscando alivio o acción legal que impacte la participación de mi hijo (individualmente) o del equipo de mi hijo en la serie de competencias de FHSAA del Estado, tal acción debe ser presentada en la Corte de Circuito del Condado Alachua, Florida.
- F. Yo/nosotros entiendo/entendemos que las autorizaciones y derechos concedidos aquí son voluntarios y que yo/nosotros puedo/podemos revocar cualquier o todos ellos en cualquier momento, sometiendo dicha revocación por escrito a mi escuela. Al hacer esto, sin embargo, yo/nosotros entiendo/entendemos que mi/nuestro hijo/pupilo ya no será elegible para participar en competencias deportivas entre escuelas.
- G. Favor de marcar en el/los blanco/s apropiado/s:
 Mi hijo/pupilo está cubierto bajo nuestro plan de seguro de salud familiar, el cual tiene límites no menos de \$25,000.
 Compañía: _____ Número de Póliza: _____
 Mi hijo/pupilo está cubierto por el plan de seguro médico básico para actividades de su escuela.
 He comprado el seguro de fútbol suplementario a través de la escuela de mi hijo/pupilo.

YO/NOSOTROS HE/HEMOS LEÍDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SABEMOS QUE CONTIENE UNA EXONERACIÓN (Se requiere solo una firma del padre/tutor)

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde) _____ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde) _____ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

HE LEÍDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SÉ QUE CONTIENE UNA EXONERACIÓN (Estudiante debe firmar)

Nombre del Estudiante (letra de molde) _____ Firma del Estudiante _____ Fecha _____

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
PARTICIPACIÓN EN DEPORTES – Certificado de Consentimiento y Exoneración de Responsabilidad

Este formulario completado debe ser archivado en la escuela.

ATENCIÓN ESTUDIANTE Y PADRE(S) / TUTOR(ES)

Su escuela es miembro de la Asociación de Deportes de Escuela Superior de Florida (*FHSAA*, por sus siglas en inglés) y cumple con reglas establecidas. Para ser elegible de representar su escuela en deportes entre escuelas, en deportes aceptados por *FHSAA* (ej. boliche, vitoreo competitivo, *flag football* de niñas, *lacrosse*, volibol de niños, polo acuático y levantamiento de pesas de niñas o deportes sancionados (ej. béisbol, baloncesto, campo traviesa, *tackle football*, golf, fútbol, softball de lanzamiento rápido, natación y clavado, tenis, pista y campo, volibol de niñas, levantamiento de pesas de niños y lucha libre), el estudiante:

1. **Este formulario no es transferible**; debe completar un formulario separado para cada escuela diferente en la cual el estudiante participe.
 2. Debe estar matriculado y asistiendo con regularidad a su escuela. **Si el estudiante recibe educación en el hogar o asiste a una escuela chárter o Florida Virtual School – Programa de Tiempo Completo o una escuela especializada/alternativa o ciertas escuelas pequeñas privadas que no son miembros, el estudiante debe hacer una declaración escrita de su intención de participar en deportes a la escuela que le permite al estudiante participar.** Los estudiantes que reciben educación en el hogar y los estudiantes que asisten a escuelas privadas pequeñas que no son miembros deben ser aprobados a través del uso de un formulario separado antes de cualquier participación. (Regla 9.2, Política 16 y Procedimiento Administrativo 1.8 *FHSAA*)
 3. Debe asistir a la escuela dentro de los 10 días del comienzo de **cada semestre** para ser elegible durante **ese semestre**. (Regla 9.2 *FHSAA*)
 4. Debe mantener por lo menos un promedio de calificaciones de 2.0 en una escala simple de 4.0, antes del semestre en el cual el estudiante desea participar. Este promedio de calificaciones (*GPA*, por sus siglas en inglés) debe incluir todos los cursos tomados desde que el estudiante entró en la escuela superior. Un estudiante de sexto, séptimo u octavo grado debe haber obtenido un promedio de calificaciones de por lo menos 2.0 en una escala simple de 4.0 durante el semestre anterior. (Regla 9.4 *FHSAA*)
 5. No debe haberse graduado de cualquier escuela superior o su equivalente. (Regla 9.4 *FHSAA*)
 6. No debe haberse matriculado en el noveno grado por primera vez, hace más de cuatro años escolares. Si es un estudiante de sexto, séptimo u octavo grado, el estudiante debe participar si está repitiendo ese grado. (Regla 9.5 *FHSAA*)
 7. Debe tener permiso firmado por el/los padre(s)/tutor(es) en el formulario provisto por la escuela para poder participar. (Regla 9.8 *FHSAA*)
 8. Los años subsiguientes no deben cumplir los 19 años antes del 1^o de septiembre, de lo contrario el estudiante es inelegible para participar. (Regla 9.6 *FHSAA*)
 9. Debe someterse a una evaluación física antes de participar y estar certificado como físicamente apto para participar en deportes entre escuelas. (*SDOC Form FC-600-1970*)
 10. Debe ser un aficionado. Esto significa que el estudiante no debe aceptar dinero, regalo o donación por participar en un deporte o utilizar un nombre que no sea el suyo propio cuando esté participando. (Regla 9.9 *FHSAA*)
 11. No debe participar en una competencia del equipo de estrellas de un deporte, antes de completar su elegibilidad de escuela superior en ese deporte. (Política 26 *FHSAA*)
 12. Debe demostrar un buen espíritu deportivo y cumplir con las leyes de la competencia **antes, durante y después** de cada competencia en la cual el estudiante participe. De no ser así, el estudiante puede ser suspendido de su participación por un período de tiempo. (Regla 7.1 *FHSAA*)
 13. No debe proveer información falsa a su escuela o *FHSAA* para obtener su elegibilidad. (Regla 9.1 *FHSAA*)
 14. Los estudiantes extranjeros del programa de intercambio, otros estudiantes internacionales e inmigrantes, deben ser aprobados por la oficina de *FHSAA* antes de cualquier participación. Ciertas excepciones podrían aplicar. Comuníquese con el director de su escuela/director deportivo. (Política 17 *FHSAA*)
 15. Debe abstenerse de novatadas/acoso mientras sea miembro de un equipo deportivo o mientras participe en cualquier actividad deportiva patrocinada por o afiliada a una escuela miembro.
- School District of Osceola County, Florida**
16. En caso de que *FHSAA* imponga una multa a cualquier escuela, entrenador, entrenador auxiliar o empleado del Distrito, estudiante atleta o miembro del club de apoyo de deportes de la escuela, no se utilizarán fondos del Distrito, incluyendo cuentas internas, para pagar la multa sin haber solicitado el reembolso de la(s) persona(s) responsable(s).
 17. Se requiere que los estudiantes se hagan un examen cardiovascular ECG con resultado normal antes de cualquier participación.
 18. Los estudiantes que transfieren escuelas debarán cumplir con el Código de Conducta del Estudiante – Atletismo, para actividad es extracurriculares.

Si el estudiante es descartado o declarado inelegible debido a una o más de las reglas y regulaciones de *FHSAA*, el estudiante tiene el derecho de solicitar que la escuela presente una apelación en nombre del estudiante. Consulte con el director de la escuela o director deportivo para recibir más información relacionada con este proceso.

Con la firma de este acuerdo, el que suscribe reconoce que la información del Certificado de Consentimiento y Exoneración de Responsabilidad relacionado con las reglas y la elegibilidad de *FHSAA* ha sido leída y entendida.

Nombre del Estudiante-Atleta (En letra de Molde)	Firma del Estudiante-Atleta	Fecha <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Nombre del Padre/Tutor (En letra de Molde)	Firma del Padre/Tutor	Fecha <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de
Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

CONTUSIÓN CEREBRAL:

Contusión cerebral es una lesión en el cerebro. Las contusiones cerebrales, así como también otras lesiones en la cabeza, son serias. Pueden ser causadas por un golpe/chichón, giro brusco de la cabeza, desaceleración o aceleración repentina, golpe o sacudida de la cabeza o golpe a cualquier parte del cuerpo con fuerza que se transmita a la cabeza. Usted no puede ver una contusión cerebral y más del 90% de todas las contusiones cerebrales ocurren sin pérdida de conocimiento. Las señales y síntomas de una contusión cerebral pueden mostrarse rápidamente después de la lesión o pueden tomar horas o días para que aparezcan por completo. Todas las contusiones cerebrales son potencialmente serias y si no se manejan apropiadamente, pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral y en raros casos, hasta muerte. Aún un “leve golpe” o golpe/chichón en la cabeza puede ser serio. Si su hijo reporta cualquier síntoma de una contusión cerebral o si usted nota los síntomas o señales de una contusión cerebral, su hijo debe ser removido inmediatamente del juego, ser evaluado por un doctor profesional y que el doctor profesional verifique que todo está bien.

* Puede encontrar Videos Educativos GRATIS sobre Contusiones Cerebrales en www.nfhslearn.com y/o sportsafetyinternational.org

Señales y Síntomas de una Contusión:

Los síntomas de una contusión pueden presentarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar varios días para que aparezcan. Estudios demuestran que toma un promedio de 10-14 días o más para que se resuelvan los síntomas y en raros casos o si el atleta ha sufrido múltiples contusiones, los síntomas se pueden prolongar. Las señales y los síntomas de una contusión pueden incluir: (no están limitados a los siguientes)

- Mirada perdida o ver estrellas
- Falta de conciencia de su entorno
- Emociones desproporcionadas a las circunstancias (llanto o ira inapropiada)
- Dolor de cabeza o dolor de cabeza persistente, náusea, vómitos
- Visión alterada
- Sensibilidad a la luz o los ruidos
- Respuestas verbales y motoras retardadas
- Desorientación, dificultad para hablar o hablar incoherentemente
- Mareos, incluyendo sensación de mareo, vértigo (giratorio) o falta de equilibrio (perder el balance o sensación de estar nadando)
- Disminución en la coordinación y los reflejos
- Confusión y dificultad para poner atención o concentrarse
- Pérdida de memoria
- Cambio repentino en el desempeño académico o descenso en las calificaciones
- En casos raros, pérdida del conocimiento

Los PELIGROS si su hijo continúa jugando con una contusión o regresa demasiado pronto:

Los atletas con señales y síntomas de contusión deben ser removidos de la actividad (juego o práctica) inmediatamente. El continuar jugando con señales y síntomas de contusión hace que el joven atleta sea vulnerable a sufrir otra contusión. Los atletas que sufren una segunda contusión antes de que los síntomas de la primera se hayan resuelto y de que el cerebro haya tenido tiempo para sanar, están en riesgo de sufrir síntomas prolongados, discapacidad permanente y hasta muerte (llamado el Síndrome de Segundo Impacto en el cual el cerebro se hincha incontrolablemente). También, existe evidencia de que múltiples contusiones pueden conducir a síntomas a largo plazo, incluyendo demencia temprana.

Pasos a seguir si usted sospecha que su hijo ha sufrido una contusión:

Cualquier atleta que se sospeche haya sufrido una contusión debe ser removido de la actividad inmediatamente. Ningún atleta puede regresar a las actividades después de una aparente lesión en la cabeza o contusión, independientemente de cuán leve parezca ser o la rapidez con la que los síntomas desaparezcan, sin una nota de alta médica efectuada por un profesional de la salud (AHCP, por sus siglas en inglés). En Florida, un profesional de la salud apropiado (AHCP) se define como un médico licenciado (MD, como se establece en *Chapter 458 de Florida Statutes*) o un médico osteópata licenciado (DO, por sus siglas en inglés y como se establece en *Chapter 459, de Florida Statutes*). La observación minuciosa al atleta debe continuar por varias horas. Usted debe buscar cuidado médico e informar a su entrenador si usted cree que su hijo pudo haber sufrido una contusión. Recuerde, es mejor perder un juego que ver su vida cambiar para siempre. En caso de dudas, siéntelos.

De regreso al juego o la práctica:

Luego de una evaluación médica, el proceso de regreso a las actividades requiere que el atleta esté completamente libre de síntomas, para entonces completar un protocolo de varios pasos bajo la supervisión de un entrenador atlético licenciado, entrenador o profesional médico y luego obtener por escrito un alta médica de un AHCP.

Para información actualizada sobre contusiones, visite <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/> o <http://www.seeingstarsfoundation.org>

Declaración de la Responsabilidad del Estudiante Atleta

Los padres y estudiantes deben saber que evidencia preliminar sugiere que la repetición de contusiones y aún golpes que no causan contusión sintomática pueden conducir a cambios anormales en el cerebro, los cuales solamente se pueden ver en una autopsia (conocido como Encefalopatía Traumática Crónica, CTE, por sus siglas en inglés). Se han reportado casos que sugieren el desarrollo de síntomas similares a Parkinson, *Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)*, por sus siglas en inglés, lesión cerebral traumática severa, depresión y problemas de la memoria a largo plazo que pueden relacionarse con un historial de contusión. Se necesitan más investigaciones al respecto antes de que se pueda llegar a una conclusión.

Reconozco el requisito anual para mi niño/pupilo de ver “*Concussion in Sports-What You Need to Know*” en www.nfhslearn.com. Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y padecimientos a mis padres, el doctor del equipo, entrenador atlético o entrenadores asociados con mi deporte incluyendo cualquier señal o síntoma de CONTUSIÓN. He leído y entiendo la información anterior acerca de las contusiones. Informaré inmediatamente al entrenador a cargo, entrenador atlético o doctor del equipo si experimento cualquiera de estos síntomas o si soy testigo de los síntomas en un compañero de equipo. Además, he sido informado sobre los peligros de la participación para mí y para mi niño/pupilo.

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

PARO CARDÍACO REPENTINO:

El paro cardíaco repentino es la causa principal de muerte relacionada con los deportes. Esta política provee los procedimientos para los requisitos educativos de todos los entrenadores pagados y recomienda adiestramiento adicional. El paro cardíaco repentino es una condición en la cual el corazón deja de latir repentina e inesperadamente. Si esto ocurre, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y a otros órganos vitales. El paro cardíaco repentino puede causar muerte si no es tratado en minutos.

Los síntomas del paro cardíaco repentino incluyen, pero no están limitados a: Colapso repentino, no tiene pulso, no está respirando.

Señales de alerta asociadas con el paro cardíaco repentino incluyen: Desmayarse durante ejercicio o actividad, falta de aliento, aumento en el ritmo cardíaco, mareos, dolor en el pecho, fatiga extrema.

Se recomienda enfáticamente que todos los entrenadores, pagados o voluntarios, reciban capacitación periódica en Resucitación Cardiopulmonar (*CPR*, por sus siglas en inglés) y en el uso de Desfibriladores Externos Automáticos (*AED*, por sus siglas en inglés). El entrenamiento es fomentado por agencias que proveen entrenamiento práctico y ofrecen certificados que incluyen fecha de expiración. A partir del 1º de junio de 2021, un empleado o voluntario escolar con capacitación actual en *CPR* y el uso de *AED* debe estar presente en cada evento deportivo durante y fuera del año escolar, incluidas las prácticas, entrenamientos y sesiones de acondicionamiento.

El *AED* debe estar en un lugar claramente marcado y publicitado para cada competencia atlética, práctica, entrenamiento o sesión de acondicionamiento, incluidas las realizadas fuera del año escolar.

Qué hacer si su estudiante atleta colapsa.

- 1.) Llamar al 911
- 2.) Buscar un Desfibrilador Externo Automático (*AED*, por sus siglas en inglés)
- 3.) Comenzar las compresiones.

Información sobre enfermedades relacionadas con el calor

Las personas sufren de enfermedades relacionadas con el calor cuando sus cuerpos no pueden enfriarse por sí mismos a través del sudor. El sudor es el aire acondicionado natural del cuerpo, pero cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente, el sudor no es suficiente. Las enfermedades relacionadas con el calor pueden ser serias y potencialmente mortales. Las altas temperaturas del cuerpo pueden dañar el cerebro u otros órganos vitales y pueden causar discapacidad y hasta la muerte. Las enfermedades y las muertes relacionadas con el calor se pueden prevenir.

La hipertermia es la enfermedad más seria relacionada con el calor. Sucede cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente y el cuerpo no se puede enfriar. La hipertermia puede causar discapacidad y muerte.

La deshidratación es una enfermedad relacionada con el calor la cual es más leve. Por lo regular se desarrolla después de varios días de exposición a temperaturas altas y de no tomar suficiente líquido.

Los calambres causados por el calor usualmente afectan a personas que sudan mucho durante las actividades físicas intensas. El sudar reduce la sal y la humedad del cuerpo y pueden causar calambres dolorosos, por lo regular en el abdomen, los brazos o piernas. Los calambres causados por el calor pueden ser un síntoma de deshidratación.

¿Quién está en riesgo?

Aquellos que están en mayor riesgo incluyen, los ancianos, los niños pequeños y las personas con enfermedades mentales y enfermedades crónicas. Sin embargo, aún personas jóvenes y saludables pueden sucumbir al calor si participan en actividades físicas intensas en un clima de altas temperaturas. Otras condiciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el calor incluyen, obesidad, fiebre, deshidratación, mala circulación, quemadura de sol y medicamentos recetados o el uso del alcohol.

Al firmar esta declaración, reconozco el requisito anual para mi hijo/pupilo de ver los cursos “Paro Cardíaco Repentino” y “Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor” en www.nfhslearn.com. Reconozco que la información de Paro Cardíaco Repentino y Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor ha sido leída y entendida. He sido informado sobre los peligros de la participación para mí y mi hijo/pupilo.

He sido asesorado sobre los peligros de mi participación y la de mi hijo/pupilo. Los abajo firmantes, a nombre de ellos mismos, el otro padre/tutor, el estudiante menor y todos los asignados y representantes de este y en toda la extensión permitida por la Ley de Florida, por la presente a sabiendas, aceptan los propios riesgos presentados por la participación en este programa y como condición de tal participación, por la presente liberan y eximen de toda responsabilidad a la Junta Escolar/ Distrito del Condado Osceola, Florida y todos sus agentes y empleados de y en contra de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, daños o cualquier otro asunto relacionado a o que surja de la participación del estudiante en este programa, (los “Asuntos Liberados”), incluyendo los Asuntos Liberados que son causados por entero o en parte por negligencia de la Junta Escolar/Distrito o cualquier empleado o agente del mismo.

Nombre del Estudiante-Atleta (LETRA DE MOLDE)

Firma del Estudiante-Atleta

____/____/____
Fecha

Nombre del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del Padre/Tutor

____/____/____
Fecha

Original: Athletic Director/School
Copy: Coach

An Equal Opportunity Agency

MED (09/08/18) FC-600-2561S (Rev. 04/27/20)

Informe de cardiología: resultados del electrocardiograma (ECG)

(para ser completado por un médico con licencia)

Padres: El examen *ECG* (también conocido como *EKG*) puede ayudar a identificar a los atletas jóvenes que corren el riesgo de muerte cardíaca súbita, una condición en la que la muerte resulta de una pérdida abrupta de la función cardíaca. Un examen *ECG* puede ayudar a diagnosticar varias afecciones cardíacas diferentes que pueden contribuir a la muerte cardíaca súbita. El Distrito Escolar requiere un (1) ECG aprobado, durante los cuatro (4) años de escuela secundaria del estudiante, para asegurar la salud de cualquier estudiante que participe en atletismo.

Favor de solicitarle al médico examinador que complete y firme este formulario y devuélvalo a: _____

(Nombre de la escuela)

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Etnicidad: _____

Estatura: _____ Peso: _____

ECG en la oficina:

Normal: _____ Anormal: _____

Permiso de Cardiología

Permiso otorgado sin limitaciones: _____

Permiso no otorgado: _____

Nombre del médico o profesional de la salud aprobado

Fecha: _____

(Nombre en letra de molde)

(Firma)

Dirección: _____

Ciudad /Estado _____ Código Postal _____

Comentarios:

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

AÑO ESCOLAR
2020-2021

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
Departamento de Deportes

AÑO ESCOLAR
2020-2021

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Yo, padre/tutor abajo firmante, en caso de que no pueda ser contactado y/o el equipo esté fuera del Condado durante un evento entre escuelas, por la presente autorizo al entrenador designado del Distrito Escolar del Condado Osceola (SDOC, por sus siglas en inglés) u otro personal de emergencia, si fuera necesario, transportar a mi hijo(a) al apropiado centro de cuidado de salud más cercano y obtener cualquier tratamiento médico necesario. Esta autorización es válida por el año escolar 2020-21.

Además, entiendo que la Póliza de Seguro Escolar no garantiza los beneficios de la póliza. La póliza de Seguro del Estudiante es secundaria a todas las otras bases de cobertura y puede que no pague el 100% de todos los gastos médicos incurridos.

Para información sobre reclamación o elegibilidad comuníquese con: *School Insurance of Florida* – Póliza # 09-0142-2021 (Expira el 30 de junio de 2021) P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4628. Teléfono: 407-798-0290; Fax: 407-798-0296.

Para poder recibir los máximos beneficios de seguro, al cual usted tiene derecho, usted DEBE utilizar la red de su seguro primario. Comuníquese con su compañía de seguro antes de buscar tratamiento continuo para una lesión.

Alergias de Alimento/Medicina: _____

Condiciones Médicas Especiales: _____

Compañía de Seguro/Número de Póliza: _____

Última Fecha de la Vacuna de Tétano (Si la recuerda): _____

Firma del Padre / Tutor

Número(s) de Teléfono(s)

Testigo (Debe tener edad legal)

Nombre en Letra de Molde

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

Número(s) de Teléfono(s)

Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

Número(s) de Teléfono(s)

Suposición del riesgo y exoneración de responsabilidad en relación con Coronavirus/COVID-19

LEA ESTE FORMULARIO COMPLETO Y CUIDADOSAMENTE. USTED ACEPTA PERMITIR QUE SU HIJO MENOR DE EDAD PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN QUE, INCLUSO SI EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE OSCEOLA ("SDOC") Y LA ESCUELA SECUNDARIA NEW DIMENSIONS UTILIZAN UN CUIDADO RAZONABLE EN LA PRESTACIÓN DE ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA RESULTAR GRAVEMENTE HERIDO O MUERTO AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE HAY CIERTOS PELIGROS INHERENTE A LA ACTIVIDAD QUE NO PUEDE SER EVITADA O ELIMINADA. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ESTÁ RENUNCIANDO AL DERECHO DE SU HIJO Y SU DERECHO A RECUPERARSE DE SDOC EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL, INCLUYENDO LA MUERTE, A SU HIJO O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON UNA PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE EL DERECHO DE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y NDHS TIENE EL DERECHO DE NEGARSE A PERMITIR QUE SU HIJO PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por La Organización Mundial de la Salud. **El COVID-19 es extremadamente contagioso** y se cree que se propaga principalmente desde contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas.

El Distrito Escolar del Condado de Osceola ("SDOC") y NDHS ha puesto en marcha medias preventivas medidas para reducir la propagación del COVID-19; sin embargo, NDHS **no garantiza** que usted o su(s) hijo(s) no se infectarán con COVID-19. Además, asistir a eventos **deportivos de NDHS** podría **aumentar** su riesgo y el riesgo de su(s) hijo(s) de exposición o riesgo a contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi(s) hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir a eventos deportivos SDOC y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 al asistir a eventos deportivos de SDOC puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluyendo, entre otros, empleados de SDOC, voluntarios y participantes del programa y sus familias.

Exoneración covid-19

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesiones a mi(s) hijo(s) o a mí mismo (incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto, de cualquier tipo, que yo o mi(s) hijo(s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia o participación de mi(s) hijo(s) en eventos deportivos de NDHS ("Reclamos"). En mi nombre, y en nombre de mis hijos, por la presente libero, me comprometo a no demandar, descargar y eximir de responsabilidad a NDHS, sus empleados, agentes y representantes, de y de las Reclamaciones, incluidas todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que este comunicado incluye cualquier Reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de NDHS, sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la participación en cualquier evento deportivo de SDOC.

Firma del padre/tutor _____

Nombre padre/tutor letra de molde _____

Nombre del estudiante atleta _____

Fecha _____