

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 futbol 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> |



Consent and Release from Liability Certificate (Page 1 of 4)

This completed form must be kept on file by the school. This form is valid for 365 calendar days from the date of the most recent signature. **This form is non-transferable; a change of schools during the validity period of this form will require this form to be re-submitted.**

School: _____ School District (if applicable): _____

Part 1. Student Acknowledgement and Release (to be signed by student at the bottom)

I have read the (condensed) FHSAA Eligibility Rules printed on Page 4 of this "Consent and Release Certificate" and know of no reason why I am not eligible to represent my school in interscholastic athletic competition. If accepted as a representative, I agree to follow the rules of my school and FHSAA and to abide by their decisions. I know that athletic participation is a privilege. I know of the risks involved in athletic participation, understand that serious injury, including the potential for a concussion, and even death, is possible in such participation, and choose to accept such risks. I voluntarily accept any and all responsibility for my own safety and welfare while participating in athletics, with full understanding of the risks involved. Should I be 18 years of age or older, or should I be emancipated from my parent(s)/guardian(s), I hereby release and hold harmless my school, the schools against which it competes, the school district, the contest officials and FHSAA of any and all responsibility and liability for any injury or claim resulting from such athletic participation and agree to take no legal action against FHSAA because of any accident or mishap involving my athletic participation. I hereby authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information should treatment for illness or injury become necessary. I hereby grant to FHSAA the right to review all records relevant to my athletic eligibility including, but not limited to, my records relating to enrollment and attendance, academic standing, age, discipline, finances, residence and physical fitness. I hereby grant the released parties the right to photograph and/or videotape me and further to use my name, face, likeness, voice and appearance in connection with exhibitions, publicity, advertising, promotional and commercial materials without reservation or limitation. The released parties, however, are under no obligation to exercise said rights herein. I understand that the authorizations and rights granted herein are voluntary and that I may revoke any or all of them at any time by submitting said revocation in writing to my school. By doing so, however, I understand that I will no longer be eligible for participation in interscholastic athletics.

Part 2. Parental/Guardian Consent, Acknowledgement and Release (to be completed and signed by a parent(s)/guardian(s) at the bottom; where divorced or separated, parent/guardian with legal custody must sign.)

A. I hereby give consent for my child/ward to participate in any FHSAA recognized or sanctioned sport **EXCEPT** for the following sport(s): _____

List sport(s) exceptions here

B. I understand that participation may necessitate an early dismissal from classes.

C. I know of, and acknowledge that my child/ward knows of, the risks involved in interscholastic athletic participation, understand that serious injury, and even death, is possible in such participation and choose to accept any and all responsibility for his/her safety and welfare while participating in athletics. With full understanding of the risks involved, I release and hold harmless my child's/ward's school, the schools against which it competes, the school district, the contest officials and FHSAA of any and all responsibility and liability for any injury or claim resulting from such athletic participation and agree to take no legal action against the FHSAA because of any accident or mishap involving the athletic participation of my child/ward. As required by F.S. 1014.06(1), I specifically authorize healthcare services to be provided for my child/ward by a healthcare practitioner, as defined in F.S. 456.001, or someone under the direct supervision of a healthcare practitioner, should the need arise for such treatment, while my child/ward is under the supervision of the school. I further hereby authorize the use or disclosure of my child's/ward's individually identifiable health information should treatment for illness or injury become necessary. I consent to the disclosure to the FHSAA, upon its request, of all records relevant to my child/ward's athletic eligibility including, but not limited to, records relating to enrollment and attendance, academic standing, age, discipline, finances, residence and physical fitness. I grant the released parties the right to photograph and/or videotape my child/ward and further to use said child's/ward's name, face, likeness, voice and appearance in connection with exhibitions, publicity, advertising, promotional and commercial materials without reservation or limitation. The released parties, however, are under no obligation to exercise said rights herein.

D. I am aware of the potential danger of concussions and/or head and neck injuries in interscholastic athletics. I also have knowledge about the risk of continuing to participate once such an injury is sustained without proper medical clearance.

READ THIS FORM COMPLETELY AND CAREFULLY. YOU ARE AGREEING TO LET YOUR MINOR CHILD ENGAGE IN A POTENTIALLY DANGEROUS ACTIVITY. YOU ARE AGREEING THAT, EVEN IF MY CHILD'S/WARD'S SCHOOL, THE SCHOOLS AGAINST WHICH IT COMPETES, THE SCHOOL DISTRICT, THE CONTEST OFFICIALS AND FHSAA USES REASONABLE CARE IN PROVIDING THIS ACTIVITY, THERE IS A CHANCE YOUR CHILD MAY BE SERIOUSLY INJURED OR KILLED BY PARTICIPATING IN THIS ACTIVITY BECAUSE THERE ARE CERTAIN DANGERS INHERENT IN THE ACTIVITY WHICH CANNOT BE AVOIDED OR ELIMINATED. BY SIGNING THIS FORM YOU ARE GIVING UP YOUR CHILD'S RIGHT AND YOUR RIGHT TO RECOVER FROM MY CHILD'S/WARD'S SCHOOL, THE SCHOOLS AGAINST WHICH IT COMPETES, THE SCHOOL DISTRICT, THE CONTEST OFFICIALS AND FHSAA IN A LAWSUIT FOR ANY PERSONAL INJURY, INCLUDING DEATH, TO YOUR CHILD OR ANY PROPERTY DAMAGE THAT RESULTS FROM THE RISKS THAT ARE A NATURAL PART OF THE ACTIVITY. YOU HAVE THE RIGHT TO REFUSE TO SIGN THIS FORM, AND MY CHILD'S/WARD'S SCHOOL, THE SCHOOLS AGAINST WHICH IT COMPETES, THE SCHOOL DISTRICT, THE CONTEST OFFICIALS AND FHSAA HAS THE RIGHT TO REFUSE TO LET YOUR CHILD PARTICIPATE IF YOU DO NOT SIGN THIS FORM.

E. I agree that in the event we/I pursue litigation seeking injunctive relief or other legal action impacting my child (individually) or my child's team participation in FHSAA state series contests, such action shall be filed in the Alachua County, Florida, Circuit Court.

F. I understand that the authorizations and rights granted herein are voluntary and that I may revoke any or all of them at any time by submitting said revocation in writing to my school. By doing so, however, I understand that my child/ward will no longer be eligible for participation in interscholastic athletics.

G. Please check the appropriate box(es):

____ My child/ward is covered under our family health insurance plan, which has limits of not less than \$25,000.

Company: _____ Policy Number: _____

____ My child/ward is covered by his/her school's activities medical base insurance plan.

____ I have purchased supplemental football insurance through my child's/ward's school.

I HAVE READ THIS CAREFULLY AND KNOW IT CONTAINS A RELEASE (Only one parent/guardian signature is required)

Name of Parent/Guardian (printed) _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date ____/____/____

Name of Parent/Guardian (printed) _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date ____/____/____

I HAVE READ THIS CAREFULLY AND KNOW IT CONTAINS A RELEASE (student must sign)

Name of Student (printed) _____ Signature of Student _____ Date ____/____/____



Consent and Release from Liability Certificate for Concussions (Page 2 of 4)

This completed form must be kept on file by the school. This form is valid for 365 calendar days from the date of the most recent signature.

School: _____ School District (if applicable): _____

Concussion Information

Concussion is a brain injury. Concussions, as well as all other head injuries, are serious. They can be caused by a bump, a twist of the head, sudden deceleration or acceleration, a blow or jolt to the head, or by a blow to another part of the body with force transmitted to the head. You can't see a concussion, and more than 90% of all concussions occur without loss of consciousness. Signs and symptoms of concussion may show up right after the injury or can take hours or days to fully appear. All concussions are potentially serious and, if not managed properly, may result in complications including brain damage and, in rare cases, even death. Even a "ding" or a bump on the head can be serious. If your child reports any symptoms of concussion, or if you notice the symptoms or signs of concussion yourself, your child should be immediately removed from play, evaluated by a medical professional and cleared by a medical doctor.

Signs and Symptoms of a Concussion:

Concussion symptoms may appear immediately after the injury or can take several days to appear. Studies have shown that it takes on average 10-14 days or longer for symptoms to resolve and, in rare cases or if the athlete has sustained multiple concussions, the symptoms can be prolonged. Signs and symptoms of concussion can include: (not all-inclusive)

- Vacant stare or seeing stars
- Lack of awareness of surroundings
- Emotions out of proportion to circumstances (inappropriate crying or anger)
- Headache or persistent headache, nausea, vomiting
- Altered vision
- Sensitivity to light or noise
- Delayed verbal and motor responses
- Disorientation, slurred or incoherent speech
- Dizziness, including light-headedness, vertigo(spinning) or loss of equilibrium (being off balance or swimming sensation)
- Decreased coordination, reaction time
- Confusion and inability to focus attention
- Memory loss
- Sudden change in academic performance or drop in grades
- Irritability, depression, anxiety, sleep disturbances, easy fatigability
- In rare cases, loss of consciousness

DANGERS if your child continues to play with a concussion or returns too soon:

Athletes with signs and symptoms of concussion should be removed from activity (play or practice) immediately. Continuing to play with the signs and symptoms of a concussion leaves the young athlete especially vulnerable to sustaining another concussion. Athletes who sustain a second concussion before the symptoms of the first concussion have resolved and the brain has had a chance to heal are at risk for prolonged concussion symptoms, permanent disability and even death (called "Second Impact Syndrome" where the brain swells uncontrollably). There is also evidence that multiple concussions can lead to long-term symptoms, including early dementia.

Steps to take if you suspect your child has suffered a concussion:

Any athlete suspected of suffering a concussion should be removed from the activity immediately. No athlete may return to activity after an apparent head injury or concussion, regardless of how mild it seems or how quickly symptoms clear, without written medical clearance from an appropriate health-care professional (AHCP). In Florida, an appropriate health-care professional (AHCP) is defined as either a licensed physician (MD, as per Chapter 458, Florida Statutes), a licensed osteopathic physician (DO, as per Chapter 459, Florida Statutes). Close observation of the athlete should continue for several hours. You should also seek medical care and inform your child's coach if you think that your child may have a concussion. Remember, it's better to miss one game than to have your life changed forever. When in doubt, sit them out.

Return to play or practice:

Following physician evaluation, the *return to activity process* requires the athlete to be completely symptom free, after which time they would complete a step-wise protocol under the supervision of a licensed athletic trainer, coach or medical professional and then, receive written medical clearance of an AHCP.

For current and up-to-date information on concussions, visit <http://www.cdc.gov/concussioninyouthsports/> or <http://www.seeingstarsfoundation.org>

Statement of Student Athlete Responsibility

Parents and students should be aware of preliminary evidence that suggests repeat concussions, and even hits that do not cause a symptomatic concussion, may lead to abnormal brain changes which can only be seen on autopsy (known as Chronic Traumatic Encephalopathy (CTE)). There have been case reports suggesting the development of Parkinson's-like symptoms, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), severe traumatic brain injury, depression, and long term memory issues that may be related to concussion history. Further research on this topic is needed before any conclusions can be drawn.

I acknowledge the annual requirement for my child/ward to view "Concussion in Sports" at www.nfhslearn.com. I accept responsibility for reporting all injuries and illnesses to my parents, team doctor, athletic trainer, or coaches associated with my sport including any signs and symptoms of CONCUSSION. I have read and understand the above information on concussion. I will inform the supervising coach, athletic trainer or team physician immediately if I experience any of these symptoms or witness a teammate with these symptoms. Furthermore, I have been advised of the dangers of participation for myself and that of my child/ward.

Name of Student-Athlete (printed)

Signature of Student-Athlete

Date

Name of Parent/Guardian (printed)

Signature of Parent/Guardian

Date

Name of Parent/Guardian (printed)

Signature of Parent/Guardian

Date



Florida High School Athletic Association

Consent and Release from Liability Certificate for

Sudden Cardiac Arrest and Heat-Related Illness (Page 3 of 4)

This completed form must be kept on file by the school. This form is valid for 365 calendar days from the date of the most recent signature.

School: _____ School District (if applicable): _____

Sudden Cardiac Arrest Information

Sudden cardiac arrest (SCA) is a leading cause of sports-related death. This policy provides procedures for educational requirements of all paid coaches and recommends added training. Sudden cardiac arrest is a condition in which the heart suddenly and unexpectedly stops beating. If this happens, blood stops flowing to the brain and other vital organs. SCA can cause death if it's not treated within minutes.

Symptoms of SCA include, but not limited to: sudden collapse, no pulse, no breathing.

Warning signs associated with SCA include: fainting during exercise or activity, shortness of breath, racing heart rate, dizziness, chest pains, extreme fatigue.

It is strongly recommended that all coaches, whether paid or volunteer, be regularly trained in cardiopulmonary resuscitation (CPR) and the use of an automated external defibrillator (AED). Training is encouraged through agencies that provide hands-on training and offer certificates that include an expiration date. Beginning June 1, 2021, a school employee or volunteer with current training in CPR and the use of an AED must be present at each athletic event during and outside of the school year, including practices, workouts and conditioning sessions.

The AED must be in a clearly marked and publicized location for each athletic contest, practice, workout or conditioning session, including those conducted outside of the school year.

What to do if your student-athlete collapses:

1. Call 911
2. Send for an AED
3. Begin compressions

FHSAA Heat-Related Illnesses Information

People suffer heat-related illness when their bodies cannot properly cool themselves by sweating. Sweating is the body's natural air conditioning, but when a person's body temperature rises rapidly, sweating just isn't enough. Heat-related illnesses can be serious and life threatening. Very high body temperatures may damage the brain or other vital organs, and can cause disability and even death. Heat-related illnesses and deaths are preventable.

Heat Stroke is the most serious heat-related illness. It happens when the body's temperature rises quickly and the body cannot cool down. Heat Stroke can cause permanent disability and death.

Heat Exhaustion is a milder type of heat-related illness. It usually develops after a number of days in high temperature weather and not drinking enough fluids.

Heat Cramps usually affect people who sweat a lot during demanding activity. Sweating reduces the body's salt and moisture and can cause painful cramps, usually in the abdomen, arms, or legs. Heat cramps may also be a symptom of heat exhaustion.

Who's at Risk?

Those at highest risk include the elderly, the very young, people with mental illness and people with chronic diseases. However, even young and healthy individuals can succumb to heat if they participate in demanding physical activities during hot weather. Other conditions that can increase your risk for heat-related illness include obesity, fever, dehydration, poor circulation, sunburn, and prescription drug or alcohol use.

By signing this agreement, I acknowledge the annual requirement for my child/ward to view both the "Sudden Cardiac Arrest" and "Heat Illness Prevention" courses at www.nfhslearn.com. I acknowledge that the information on Sudden Cardiac Arrest and Heat-Related Illness have been read and understood. I have been advised of the dangers of participation for myself and that of my child/ward.

Name of Student-Athlete (printed)

Signature of Student-Athlete

_____/_____/_____
Date

Name of Parent/Guardian (printed)

Signature of Parent/Guardian

_____/_____/_____
Date

Name of Parent/Guardian (printed)

Signature of Parent/Guardian

_____/_____/_____
Date



Consent and Release from Liability Certificate (Page 4 of 4)

This completed form must be kept on file by the school. This form is valid for 365 calendar days from the date of the most recent signature.

Attention Student and Parent(s)/Guardian(s)

Your school is a member of the Florida High School Athletic Association (FHSAA) and follows established rules. To be eligible to represent your school in interscholastic athletics, in an FHSAA recognized and/or sanctioned sport, the student:

- This form is non-transferable;** a separate form must be completed for each different school at which a student participates.
- Must be regularly enrolled and in regular attendance at your school. **If the student is a home education student, a charter school student, a special/alternative school student, non-member private school student or Florida Virtual School Full-time Public Program student, the student must declare in writing his/her intent to participate in athletics to the school at which the student is permitted to participate.** Home education students and students attending non-member private schools must be approved through the use of a separate form prior to any participation. (FHSAA Bylaw 9.2, Policy 16 and Administrative Procedure 1.8)
- Must attend school within the first 10 days of the beginning of **each semester** to be eligible during **that semester**. (FHSAA Bylaw 9.2)
- Must maintain at least a **cumulative 2.0 grade point average** on a 4.0 unweighted scale prior to the semester in which the student wishes to participate. This GPA must include all courses taken since the student entered high school. A sixth, seventh or eighth grade student must have earned at least a 2.0 grade point average on 4.0 unweighted scale the previous semester. (FHSAA Bylaw 9.4)
- Must not have graduated from any high school or its equivalent. (FHSAA Bylaw 9.4)
- Must not have **enrolled in the ninth grade for the first time** more than eight semesters ago. If the student is a sixth, seventh or eighth grade student, the student must not participate if repeating that grade. (FHSAA Bylaw 9.5)
- Must not turn 19 before **July 1st** to participate at the high school level; must not turn 16 prior to **September 1st** to participate at the junior high level; and must not turn 15 prior to **September 1st** to participate at the middle school level, otherwise the student becomes permanently ineligible. (FHSAA Bylaw 9.6)
- Must undergo a pre-participation physical evaluation and be certified as being physically fit for participation in interscholastic athletics on a form (EL2). (FHSAA Bylaw 9.7)
- Must have signed permission to participate from the student's parent(s)/legal guardian(s) on a form (EL3) provided the school. (FHSAA Bylaw 9.8)
- Must be an amateur. This means the student must not accept money, gift or donation for participating in a sport, or use a name other than his/her own when participating. (FHSAA Bylaw 9.9)
- Must not participate in an all-star contest in a sport prior to completing his/her high school eligibility in that sport. (FHSAA Policy 26)
- Must display good sportsmanship and follow the rules of competition **before, during and after** every contest in which the student participates. If not, the student may be suspended from participation for a period of time. (FHSAA Bylaw 7.1)
- Must not provide false information to his/her school or to the FHSAA to gain eligibility. (FHSAA Bylaw 9.1)
- Youth exchange, other international and immigrant students must be approved by the FHSAA office prior to any participation. Exceptions may apply. See your school's principal/athletic director. (FHSAA Policy 17)
- Must refrain from hazing/bullying while a member of an athletic team or while participating in any athletic activities sponsored by or affiliated with a member school.

If the student is declared or ruled ineligible due to one or more of the FHSAA rules and regulations, the student has the right to request that the school file an appeal on behalf of the student. See the principal or athletic director for information regarding this process.

By signing this agreement, the undersigned acknowledges that the information on the Consent and Release from Liability Certificate in regards to the FHSAA's established rules and eligibility have been read and understood.

Name of Student-Athlete (printed) Signature of Student-Athlete Date / /

Name of Parent/Guardian (printed) Signature of Parent/Guardian Date / /

Name of Parent/Guardian (printed) Signature of Parent/Guardian Date / /

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 repentinamente 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 _____