

**ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR EL ESTUDIANTE-ATLETA DE LA ESCUELA MIEMBRO DE LA NCHSAA Y POR EL PADRE/ MADRE/ TUTOR LEGAL DEL ESTUDIANTE ANTES DE QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR SIN LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/ MADRE/ TUTOR LEGAL.**

Reconozco que he leído y entendido las Reglas de Elegibilidad de la Asociación Atlética de la Escuela de Secundaria Superior de Carolina del Norte (NCHSAA, por sus siglas en inglés). Entiendo que una copia del Manual de la NCHSAA está archivada con el director y/o el director de atletismo de la escuela miembro, y que puedo revisarla en su totalidad si así lo deseo. Sé que mi escuela es un miembro de la NCHSAA y debe adherirse a todas las regulaciones que rigen los programas atléticos interescolares, incluyendo, pero no limitado a, las leyes federales y estatales, las regulaciones locales y las impuestas por la NCHSAA. Entiendo que las reglas locales pueden ser más estrictas que las de la NCHSAA y estoy de acuerdo en seguir las reglas de mi escuela y de la NCHSAA y acatar sus decisiones. Reconozco y entiendo que la participación en el atletismo interescolar es un privilegio, no un derecho. Entiendo que el desempeño en el salón de clases, retirarse de una clase o tomar cursos a través de otras opciones educativas podría afectar la elegibilidad y el cumplimiento de los estándares académicos de la NCHSAA.

**CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE**

Como un estudiante-atleta, **entiendo y acepto** las responsabilidades siguientes:

**Respetaré los derechos y creencias** de los demás y trataré a los demás con cortesía y consideración. Seré **totalmente responsable** de mis acciones y de las consecuencias de mis acciones.

**Respetaré la propiedad** de los demás.

**Respetaré y obedeceré las normas** de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

**Mostraré respeto a los responsables de hacer cumplir las normas** de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

**Entiendo que un estudiante cuya personalidad o conducta viole** el código de atletismo o el código de responsabilidad de la escuela podría ser considerado inelégible por un período de tiempo determinado por el director o la administración del sistema escolar

**LOS PADRES, TUTORES LEGALES O ESTUDIANTES QUE NO DESEAN ACEPTAR EL RIESGO DESCRITO EN ESTA ADVERTENCIA**

**NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO.** El estudiante y el padre / madre/ tutor legal reconocen que la participación en el atletismo interescolar implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves incluyendo, pero no limitado a, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna vertebral, lesiones graves virtualmente a todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, Y otros aspectos del sistema músculo-esquelético, lesiones graves o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos sobre la salud general y el bienestar del niño, y en casos raros, la muerte. Aunque las lesiones graves no son comunes en los programas atléticos de la escuela supervisada, es imposible eliminar todo riesgo. Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y su padre / madre/ tutor legal tienen la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado e inspeccionar su propio equipo diariamente.

Autorizo el tratamiento médico, en caso de que surja la necesidad de tal tratamiento, mientras que yo o mi hijo(a) ("estudiante-atleta") estemos bajo la supervisión de la escuela miembro. Doy **consentimiento para tratamiento médico** para el estudiante-atleta después de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y/o un juego/competencia. Entiendo que en el caso de **una herida o enfermedad que requiera tratamiento médico y transporte a un centro de salud**, que se hará un intento razonable por contactar al padre / madre/ tutor legal, en caso que el estudiante-atleta sea menor de edad, pero que si es necesario, el estudiante-atleta recibirá tratamiento y será llevado en ambulancia al hospital más cercano. Además autorizo el uso o divulgación de la información de salud personal de mi estudiante-atleta, si el tratamiento por enfermedad o lesión es necesario.

**Entiendo que todas las concusiones son potencialmente serias** y pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado y muerte, si no se reconoce y maneja correctamente. Además, entiendo que si mi estudiante es removido de una práctica o competencia, debido a la sospecha de una concusión cerebral, él/ella no podrá volver a participar ese día. Después de ese día, él/ella deberá presentar una autorización escrita de un médico (M.D. o D.O.) o un entrenador atlético, que trabaje bajo la supervisión de un médico, antes de que el estudiante pueda volver a participar. También reconozco que **he recibido, leído y firmado la hoja de información de concusión de Gfeller-Waller.**

Doy **consentimiento para que la NCHSAA use el nombre del estudiante** y la información atlética en los informes de las competencias, la literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar y le doy a la NCHSAA el derecho de fotografiar y/o filmar al participante y seguir utilizando la cara del participante, voz y apariencia en relación con exposiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reserva ni limitación. Sin embargo, la NCHSAA no tiene ninguna obligación de ejercer dichos derechos en este documento. Asimismo, autorizo la divulgación, por parte de la escuela miembro, a la NCHSAA, a su solicitud, de todos los registros relacionados con la elegibilidad atlética del atleta estudiante incluyendo, pero no limitado a, sus registros relacionados con la matrícula, asistencia, nivel académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y aptitud física. El estudiante y padre / madre/ tutor legal individualmente y en nombre del estudiante, por la presente irrevocablemente, e incondicionalmente liberan de responsabilidad, sin limitación, a la NCHSAA, sus oficiales, agentes, abogados, representantes y empleados (colectivamente, los "Releasees") de todas las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluyendo honorarios de abogado) que el estudiante y/o el tutor legal incurran o sostienen a una persona, a una propiedad o a ambos, Que surgen de, resulten de, ocurren durante o están conectados de otra manera con la participación del estudiante en las actividades de atletismo interescolar, debido a la negligencia ordinaria de los "Releasees".

**Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que estamos de acuerdo con que este estudiante participe. Entendemos que las autorizaciones y derechos otorgados en este documento son voluntarios y que podemos revocarlos en cualquier momento mediante la presentación de dicha revocación por escrito a la escuela miembro del participante. Al hacerlo, sin embargo, entendemos que el participante ya no será elegible para la participación en atletismo interescolar.**

Firma del estudiante

Fecha de nacimiento

Grado en la escuela

Fecha

Firma del padre/ madre/ tutor legal

Fecha

**NORTH CAROLINA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION SPORT**  
**PREPARTICIPATION EXAMINATION FORM /**  
**ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE**  
**FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES**

Student Athlete's Name / Nombre del estudiante atleta: \_\_\_\_\_

DOB / la fec. nac. : \_\_\_\_\_ Age / Edad: \_\_\_\_\_ Gender / Género: \_\_\_\_\_

This is a **screening examination** for participation in sports. **This DOES NOT substitute for a comprehensive examination with your child's regular physician where important preventive health information can be covered.**

Este es una evaluación para la participación en deportes. **No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.**

**Student-Athlete's Directions:** Please review all questions with your parent or legal custodian and answer them to the best of your knowledge.

**Instrucciones para el deportista:** Por favor, revise todas las preguntas junto con su padre/madre/tutor legal y contéstelas lo mejor posible de acuerdo a su conocimiento.

**Parent/Legal Custodian Directions:** Please make sure that all questions are answered to the best of your knowledge. If you do not understand or are unsure about the answer to a question please ask your doctor. Not disclosing accurate information may put your child at risk during sports activity.

**Instrucciones para los padres de familia:** Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

**Physician's Directions:** We recommend carefully reviewing these questions and clarifying any "Yes" or "Unsure" answers.

Explain "Yes" or "Unsure" answers in the space provided below or on an attached separate sheet if needed / En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí" o "No sé"	Yes / Sí	No	Unsure / No sé
1. Does the athlete have any chronic medical illnesses [diabetes, asthma (exercise asthma), kidney problems, migraine, etc.]? List: ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.]? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the student-athlete presently taking any medications or pills? ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does the student-athlete have any allergies (medicine, bees or other stinging insect, latex)? ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the student-athlete have the sickle cell trait? ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has the student-athlete ever had a head injury, been knocked out, or had a concussion? ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the student-athlete ever had a heat injury (heat stroke) or severe muscle cramps with activities? ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the student-athlete ever passed out or nearly passed out DURING exercise, emotion, or startle? ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the student-athlete ever fainted or passed out AFTER exercise? ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Has the student-athlete had extreme fatigue (been really tired) with exercise (different from other children)? ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has the student-athlete ever had trouble breathing during exercise, or a cough with exercise? ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the student-athlete ever been diagnosed with exercise-induced asthma? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has a doctor ever told the student athlete that they have high blood pressure? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Has a doctor ever told the student-athlete that they have a heart infection? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Has the doctor ever ordered an EKG or other test for the student-athlete's heart, or has the athlete ever been told they have a heart murmur? ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Has the student-athlete ever had discomfort, pain, or pressure in their chest during or after exercise or complained of their heart "racing" or "skipping beats"? ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>16.</b> Has the student-athlete ever had a seizure or been diagnosed with an unexplained seizure problem? ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.</b> Has the student-athlete ever had a stinger, burner, or pinched nerve? ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b> Has the student-athlete ever had any problems with their eyes or vision? ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b> Place a check beside each body part that the student-athlete has ever sprained/strained, dislocated, fractured, broken had repeated swelling in or had any other type of injury to any bones or joints? ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? <input type="checkbox"/> Head/Cabeza <input type="checkbox"/> Shoulder/Hombro <input type="checkbox"/> Thigh/Muslo <input type="checkbox"/> Neck/Cuello <input type="checkbox"/> Elbow/codo <input type="checkbox"/> Knee/Rodilla <input type="checkbox"/> Forearm/Antebrazo <input type="checkbox"/> Shin/calf/Pantorrilla <input type="checkbox"/> Back/Espalda <input type="checkbox"/> Wrist/Muñeca <input type="checkbox"/> Ankle/Tobillo <input type="checkbox"/> Hand/Mano <input type="checkbox"/> Chest/Pecho <input type="checkbox"/> Foot/Pie <input type="checkbox"/> Hip/Cadera <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Has the student-athlete ever had an eating disorder, or are there concerns about his/her eating habits or weight? ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.</b> Has the student-athlete ever been hospitalized or had surgery? ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22.</b> Has the student-athlete had a medical problem or injury since their last evaluation? ¿El deportista ha tenido un problema de salud o se ha lastimado desde su última evaluación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23.</b> (Place a check beside each statement that applies to the student-athlete, elaborate in the space provided below). (Coloque una marca al lado de cada enunciado que corresponda al deportista, provea más detalles en el espacio provisto a continuación).			
a. Has the student-athlete had little interest or pleasure in doing things? ¿El deportista ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Has the student-athlete been feeling down, depressed, or hopeless for more than 2 weeks in a row? ¿El deportista se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Has the student-athlete been feeling bad about himself/herself that they are a failure, or let their family down? ¿El deportista se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Has the student-athlete had thoughts that he/she would be better off dead or hurting themselves or others? ¿El deportista ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR</b>	<b>Yes / Sí</b>	<b>No</b>	<b>Unsure / No sé</b>
<b>24.</b> Has any family member had a sudden, unexpected, death before age 50 (including from sudden infant death syndrome [SIDS], car accident, or drowning)? ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años (incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés), accidente de coche, ahogo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25.</b> Has any family member had unexplained heart attacks, fainting, or seizures? ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26.</b> Does the athlete have a father, mother, or brother with sickle cell disease? ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explain "yes" or "unsure" answers here / Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí" o "No sé":

---



---

*By signing below, I agree that I have reviewed and answered each question above. Every question is answered completely and is correct to the best of my knowledge. Furthermore, as parent or legal custodian, I give consent for this examination and give permission for my child to participate in sports.*

*Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.*

Signature of parent/legal custodian / Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_ Phone / Telefónico #: \_\_\_\_\_

Signature of athlete / Firma del deportista: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Student-Athlete's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP ( % ile) / ( % ile) Pulse: \_\_\_\_\_

Vision: R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ Corrected: Y N Sports(s): \_\_\_\_\_

***Physical Examination (Below Must be Completed by Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)***

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

**Optional Examination Elements – Should be done if history indicates**

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

**Clearance:**

- A. Cleared
- B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_
- \*\*\* C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: \_\_\_\_\_)
- D. Not cleared for:
  - Collision
  - Contact
  - Non-contact
  - \_\_\_\_\_ Strenuous
  - \_\_\_\_\_ Moderately strenuous
  - \_\_\_\_\_ Non-strenuous

Due to: \_\_\_\_\_

Additional Recommendations/Rehab Instructions: \_\_\_\_\_

Name of Physician/Extender: \_\_\_\_\_ (Please print)

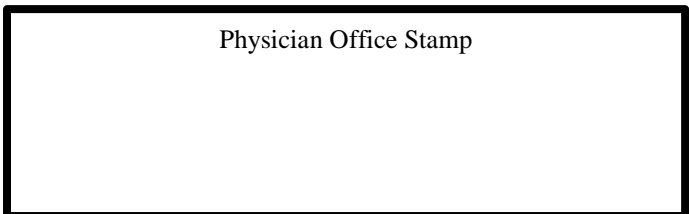
Signature of Physician/Extender: \_\_\_\_\_ MD DO PA NP (Please circle)

(Both signature and circle of designated degree required)

Date of Examination: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_



Physician Office Stamp

(\*\*\* The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.) **This form is approved by the NCHSAA Sports Medicine Advisory Committee and the NCHSAA Board of Directors.**

## Escuelas Públicas de Durham

### Exención de responsabilidad por tratamiento médico/asunción de riesgos

Nombre del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Deporte (s): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Las Escuelas Públicas de Durham hacen lo posible por prevenir lesiones, pero las lesiones ocurren en los deportes. Al firmar a continuación, yo (nombre del padre/madre/tutor),

\_\_\_\_\_, entiendo:

1. El reglamento y los procedimientos de los deportes mencionados anteriormente y soy consciente de los riesgos que implica practicar estos deportes.
2. La necesidad de usar las técnicas y el equipo de protección adecuado (cuando sea necesario).

Reconozco que hay riesgos inevitables en todos los eventos atléticos (lesiones en la cabeza y la médula espinal, fracturas, lesiones internas, etc.) y por la presente doy permiso para que mi hijo/hija participe en cualquiera y todos los eventos atléticos interescolares patrocinados por las Escuelas Públicas de Durham.

Por la presente, se otorga permiso a las Escuelas Públicas de Durham y a sus representantes autorizados para iniciar el tratamiento y la rehabilitación de lesiones, y se autoriza cualquier tratamiento necesario de cirugía menor o mayor de emergencia, radiografía, examen y vacunas del participante previamente mencionado por un personal médico apropiado. En caso de enfermedades graves, necesidad de cirugía mayor o una lesión accidental significativa; entiendo que el médico realizará todo lo posible por comunicarse conmigo en la manera más diligente posible. Si dicho médico no puede comunicarse conmigo, se puede proporcionar el tratamiento necesario para el mejor interés/seguridad de la persona previamente mencionada.

Por la presente libero al sistema de las Escuelas Públicas de Durham, el personal de la escuela local/individual, y los miembros individuales de cada departamento deportivo incluyendo pero no limitando a, sus entrenadores, entrenadores deportivos certificados, socorristas de primeros auxilios, entrenadores deportivos, asistentes estudiantiles de entrenamiento deportivo, administradores, médicos asistentes, y todas las demás personas relacionadas con las actividades deportivas de la escuela, de cualquier y todos los daños por lesiones sufridas por mi hijo / hija mientras participaba en cualquier actividad deportiva asociadas con las Escuelas Públicas de Durham. Por medio de la presente, acepto eximir de toda responsabilidad a todos y a cada uno por los daños que puedan sufrir como resultado de las lesiones sufridas por mi hijo/hija mientras participaba según se menciona anteriormente.

\*\*\*\*\*

¿Está tomando actualmente algún medicamento, suplemento o pastillas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De ser así, por favor mencione cuál: \_\_\_\_\_

¿El estudiante mencionado anteriormente tiene alguna alergia? (medicamentos, picaduras de abejas, fiebre del heno, etc.) SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

De ser así, por favor mencione cuál: \_\_\_\_\_

#### Contacto de los padres/madres/tutores:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número teléfono: Principal \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** Nombre: \_\_\_\_\_

Número teléfono: Principal \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA

**¿Qué es una concusión?** Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

**¿Cómo sé si tengo una concusión?** Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado(a)
	Mareo	Llorar más	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

*La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)*

**¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión?** Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu padre/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

**¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)?** Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu padre/madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

**¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión?** Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas tenido una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

**¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión?** Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu padre/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

***Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.***

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

Approved for 2020-2021 School Year

## Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Iniciales del estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tut

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitaré el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

**Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.**

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante- atleta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Atleta: \_\_\_\_\_

## Escuelas Públicas de Durham

### Formulario de verificación de domicilio del estudiante atleta

Esto es para certificar que \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_ un atleta de las Escuelas Públicas de Durham certifico que mi domicilio principal está ubicado dentro de la zona de asistencia de la escuela \_\_\_\_\_. Este es mi domicilio principal y entiendo que para fines deportivos sólo puedo tener un domicilio principal.

Además, entiendo que este domicilio debe estar dentro de la zona administrativa de las Escuelas Públicas de Durham.

Yo certifico que mi dirección se encuentra dentro del distrito correspondiente y que la escuela a la que mi hijo/a asiste se encuentra en la zona de asistencia de la escuela a que él/ella está actualmente asistiendo.

Si no estoy asistiendo a la escuela base dentro de mi zona de asistencia normal, estoy asistiendo a esta escuela porque la Oficina de Asignación Estudiantil ha emitido una transferencia de estudiante aprobada o una asignación a un programa aprobado para que yo asista a mi escuela actual válida para el año escolar actual. Si el estudiante es asignado a su escuela a través de una trayectoria académica marque a continuación la casilla apropiada.

También entiendo que si he proporcionado una dirección incorrecta o falsa mi hijo/a será declarado inelegible para participar en el programa de deportes escolares.

Mi firma indica que he completado este formulario y entiendo totalmente las consecuencias asociadas al proporcionar información incorrecta y/o falsa.

*Por favor, marque la casilla correspondiente si su hijo/a esta inscrito en unos de los siguientes programas:*

- Trayectoria académica
- Escuela base
- Middle College
- Early College
- City of Medicine

#### Dirección del estudiante y tutor legal:

\_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **ACUERDO DE RENUNCIA POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, INCLUYENDO COVID-19**

### **ASUNCIÓN DE RIESGO / LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD / ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN**

Considerando que se le ha permitido participar a nombre de los programas deportivos de las Escuelas Públicas de Durham y en eventos y actividades relacionados, el abajo firmante reconoce, agradece y acepta que:

1. La participación incluye la posibilidad de estar expuestos a enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a estafilococo aureus resistente a la meticilina (MRSA por sus siglas en inglés), gripe y COVID-19. Aunque las normas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte; y,
2. **ASUMO CONSCIENTE Y LIBREMENTE TODOS ESTOS RIESGOS**, tanto conocidos como desconocidos, **INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DEL RESPONSABLE** o de otros, y asumo la plena responsabilidad por mi participación; y,
3. Voluntariamente estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de participación establecido en lo que corresponde a la protección contra las enfermedades infecciosas. Si, de todas formas, observo cualquier peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo señalaré inmediatamente al funcionario más cercano; Y
4. Yo, por mi persona y en nombre de mis herederos, sucesores, representantes personales y familiares, **POR LA PRESENTE LIBERO Y MANTENGO INOFENSIVA** a la Junta Educativa de las Escuelas Públicas de Durham, sus oficiales, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes, Y, si procede, los propietarios y arrendadores de los locales utilizados para la realización del evento (“De la identidad autónoma”), **CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE, o pérdida o daño a la persona o propiedad, YA SEA QUE SURJA POR LA NEGLIGENCIA DE LA IDENTIDAD RESPONSABLE O DE OTRA MANERA**, en la máxima medida permitida por la ley.

**HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, ENTIENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE AL FIRMARLO HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚNA PERSUACIÓN.**

Nombre del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante atleta: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

### **PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN)**

Esto es para certificar que yo, como padre/madre/tutor, con responsabilidad legal para este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia/liberación a mi hijo/a/persona bajo tutela, incluyendo los riesgos de presencia y participación y sus responsabilidades personales para cumplir con los reglamentos y regulaciones para la protección contra enfermedades transmisibles. Además, mi hijo/a/persona bajo tutela entiende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo mismo, mi cónyuge, y mi hijo/a/persona bajo tutela doy mi consentimiento y acepto su liberación otorgada anteriormente para todas las identidades responsables y yo, mi cónyuge y mi hijo/persona bajo tutela liberamos y aceptamos indemnizar y eximir de responsabilidad a las entidades responsables por cualquier y todas las responsabilidades de incidentes a la presencia o participación de mi hijo/a/persona bajo tutela menor de edad en estas actividades según lo he dispuesto anteriormente, **INCLUSO SI DERIVA DE SU NEGLIGENCIA**, en la máxima medida prevista por la ley.

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha cuando de firmo el documento: \_\_\_\_\_