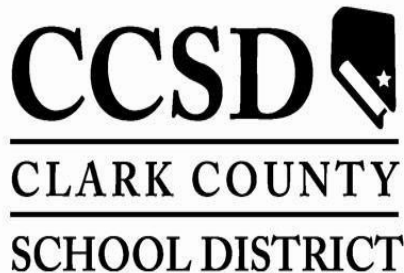


Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Número Estudiante: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_



Escuela Intermedia  
Paquete Deportivo del Estudiante  
2021-2022

**OFFICE USE ONLY**

Entered \_\_\_\_\_  
Zoned school \_\_\_\_\_  
TEF \_\_\_\_\_  
Residential Aff. \_\_\_\_\_  
Other \_\_\_\_\_  
Semester GPA  
2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ Credits \_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ Credits \_\_\_\_\_  
Date entered 6th Grade \_\_\_\_\_  
Approved:  
Coach \_\_\_\_\_  
AA \_\_\_\_\_

*Por favor ESCRIBA- Las secciones se deben llenar en su totalidad.*

M  F Grade:  6°  7°  8°  Edad \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Escuela a la que asistió el año pasado \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Información del Padre/Tutor**

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ #Casa \_\_\_\_\_ #Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ #Casa \_\_\_\_\_ #Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Vive con:**  Ambos padres  SOLO con el padre  SOLO con la madre  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**Circule SOLAMENTE esos que apliquen. Tenga en cuenta que se podría solicitar una carta por cada artículo que se circule.**

**Asiste bajo:** Zona de Variación Affidavit de Residencia Cambio de Custodia Custodia Temporal

Inscripción de Prueba/Condición Inscripción Abierta Enseñanza en casa Escuela Chárter

Programa Especializado (Especificar) \_\_\_\_\_ Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

*Ninguno de los  
Anteriores*

Todos los documentos deben estar firmados antes de que al deportista se le permita intentar, practicar o participar. Entiendo que mi firma a lo largo de este paquete deportivo es una confirmación y acuerdo para cumplir con las Políticas y Regulaciones del CCSD y con cualquier otro requisito específico establecido por la escuela.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Distrito Escolar del Condado de Clark**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE LA**  
**ESCUELA INTERMEDIA**  
**ACUERDO DE ACEPTACIÓN DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ # Estudiantil: \_\_\_\_\_

\*Liste todos los deportes en los cuales participará su hijo.

**AVISO AL ESTUDIANTE Y A LOS PADRES/TUTORES**

Yo/Nosotros entendemos que hacer la prueba, practicar y jugar o participar en cualquier actividad deportiva de la escuela secundaria puede dar como resultado una **LESIÓN GRAVE Y HASTA LA MUERTE**. No es una exageración declarar que jugar/participar en tales actividades podría involucrar muchos **RIESGOS DE LESIONES**, incluyendo, pero sin limitarse a una lesión seria a virtualmente cualquier hueso, articulación, ligamento, músculo, tendón u otra parte del sistema muscular esquelético, así como también una lesión grave en el algún órgano interno, daño cerebral, concusiones, daño al nervio, lesiones serias en el cuello, espalda y/o lesiones en la espina dorsal, y podría resultar en parálisis o incluso la muerte. Yo/Nosotros entendemos que tales lesiones podrían resultar en una pérdida parcial o total de la posibilidad para obtener un ingreso o participar en actividades sociales y recreativas o para disfrutar de la vida en general.

**TENIENDO EN CUENTA PARA QUE SE LE PERMITA PARTICIPAR EN CUALQUIER DEPORTE DE LA ESCUELA INTERMEDIA DEL CCSD, YO/NOSOTROS ASUMIMOS EL RIESGO DE LESIÓN DE NUESTRO HIJO, QUE PODRÍA RESULTAR DE LA PARTICIPACIÓN, INCLUYENDO UNA LESIÓN QUE RESULTE DE CUALQUIER CONDUCTA DEL CCSD O DE SU PERSONAL, EXCLUYENDO NEGLIGENCIA TOTAL.**

Yo/Nosotros por medio de la presente autorizamos y damos consentimiento para que nuestro hijo participe en las actividades deportivas de la escuela intermedia y/o intramurales. Entendemos que la actividad o actividades en las cuales participará nuestro hijo son potencialmente peligrosas. Por medio de la presente damos nuestro consentimiento y autorizamos al Distrito Escolar del Condado de Clark y a su representante, servidores y/o empleados para que ejecuten con discreción razonable al buscar cuidado médico urgente en favor de nuestro hijo en caso de que no pudiéramos ser razonablemente notificados con antelación de la necesidad de tal cuidado y tratamiento médico de emergencia. Entendemos y estamos de acuerdo con que nosotros seremos responsables de todos los gastos y costos médicos en que se podría incurrir al proporcionar dicho cuidado médico de emergencia y tratamiento para nuestro hijo. Certificamos que hemos leído y completado la Formulario de Información del Cuidado de Emergencia y Autorización el cual menciona estas cuestiones.

Yo/Nosotros reconocemos la importancia de seguir las indicaciones de los entrenadores o instrucciones de consejeros respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas o directrices del equipo/grupo y estamos de acuerdo con obedecer dichas instrucciones. Además, Yo/Nosotros reconocemos que el incumplimiento de seguir la instrucción de los entrenadores podría resultar en consecuencias negativas, incluyendo, pero sin limitarse a, ser retirado de un juego, ser suspendido e incluso ser expulsado del equipo.

**SEGURO**

**EL CCSD NO PROPORCIONA SEGURO A LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPEN EN ACTIVIDADES O DEPORTES INTRAMURALES O DE LA ESCUELA INTERMEDIA.** Cada candidato y participante en el equipo o actividad de una escuela intermedia debe obtener y mantener un seguro contra accidente o lesión mientras participa en una actividad, juego, sesión de práctica patrocinada por una escuela, y durante el viaje a/o desde actividades deportivas, juegos y sesiones de práctica. Aunque al CCSD se le ha proporcionado con folletos para su distribución a los estudiantes y a sus padres/tutores respecto a los planes de seguro ofrecidos por compañías de seguros privadas, el CCSD no avala ningún plan de seguro específico. Los deportes o actividades específicas podrían solicitar cobertura adicional y algunas pólizas de seguro limitan los beneficios disponibles o incluso excluyen cobertura para una lesión que se sufrió mientras se participa en ciertas actividades o deportes.

YO/NOSOTROS ENTENDEMOS QUE ES MI/NUESTRA RESPONSABILIDAD REVISAR MI/NUESTRA PÓLIZA DE SEGURO, O CUALQUIER PÓLIZA QUE YO/NOSOTROS PUDIERAMOS COMPRAR, PARA PODER DETERMINAR SI LA COMPAÑÍA ES SOLVENTE Y CONFIABLE, SI LA SALUD U OTROS BENEFICIOS SON ADECUADOS Y QUE EL PLAN PROPORCIONE COBERTURA PARA LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS ENTRENA O PARTICIPA EN EL DEPORTE O ACTIVIDAD ESPECÍFICA EN LA CUAL MI/NUESTRO HIJO PODRÍA ELEGIR HACER LA PRUEBA.

Yo/Nosotros por la presente estamos de acuerdo en liberar al CCSD de responsabilidad y de indemnizar el equivalente por cualquier pérdida, costo o gasto ocasionado como resultado de cualquier queja, demanda o litigio, incluyendo las cuotas y costos del abogado, en caso de que se haga una demanda por o de parte del suscrito contra el CCSD o de su personal a causa de cualquier falla de nuestra parte para asegurar el seguro adecuado para nuestro hijo. Además, representamos afirmativamente que la prueba de seguro ofrecida a nosotros por el CCSD, es adecuada al deporte o actividad en la cual participará nuestro hijo y liberamos expresamente al CCSD o a sus empleados de cualquier responsabilidad para revisar la póliza que tenemos o podamos presentar al CCSD para determinar la validez o adecuación de la misma.

### **TRANSPORTE**

Si el CCSD no proporciona transporte de autobús, yo entiendo y afirmo como el padre/tutor del niño mencionado en la parte superior, que acepto responsabilidad total para el transporte de mi hijo a/desde actividades y eventos del CCSD, incluyendo aquellos eventos en propiedad escolar, así como también en las ubicaciones fuera del plantel. Yo entiendo que el CCSD no es responsable de ninguna de las lesiones o pérdida asociada con estos preparativos de viaje y mayor conocimiento de que cualquier responsabilidad está principalmente asegurada por el automóvil particular del conductor, otro seguro, o según sea exigido por la ley.

### **PERMISO PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

En ocasiones, al CCSD se le podría solicitar que libere información personal adicional para identificación del estudiante más detallado a la Información del Directorio, ya sea impresa o en formato electrónico para que sea utilice ya sea en fuentes de medios de comunicación internos o externos que podrían ser liberados al público. Esta información podría incluir una fotografía electrónica (digital) de mi hijo, una descripción de las actividades escolares o logros que contienen información personal de identificación, y/o audio/video/reproducción de filme de mi hijo. Esta información podría ser utilizada en publicaciones de medios de comunicación, artículos de periódicos, cobertura televisiva, sitios web (incluyendo CCSD.net), boletines informativos escolares (incluyendo aquellos en formatos electrónicos) anuarios, presentaciones en video y/o presentaciones del CCSD o públicas. Entiendo que podría haber completado un formulario previo con respecto a liberar información; sin embargo, al poner las iniciales en una de las casillas inferiores, estoy notificando al entrenador/consejero sobre mis deseos de liberar información específica de la participación de mi hijo en deportes y actividades organizadas del CCSD.

**Los términos de la presente deberían servir como una liberación y suposición de riesgo para los herederos de mi hijo/hija, estado, ejecutor(es), custodio(s), administrador(es), persona asignada(s) y para todos los miembros de su familia. He leído y entiendo los riesgos como se detallan en este acuerdo.**

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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

Escriba con Letra de Molde el Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CLARK**  
**RESIDENCIA/ENUNCIADO DE CUSTODIA**

Para ser elegible para la participación atlética, los padres y los estudiantes de los atletas deben cumplir con las regulaciones de residencia y custodia establecidas por el Distrito Escolar del Condado de Clark (CCSD). Por favor lea los enunciados de la parte inferior y proporcionen las iniciales tanto del padre como del estudiante en los espacios a la izquierda de cada artículo.

**Iniciales del Padre**

**Iniciales del Estudiante**

\_\_\_\_\_ Entendemos que, si nos cambiamos a otra zona de asistencia, debemos abandonar totalmente nuestra residencia anterior para ser elegible para las prácticas deportivas de la escuela intermedia.

\_\_\_\_\_ **DECLARACIÓN JURADA RESIDENCIAL:** Entendemos que, si estamos viviendo con alguien más en una declaración jurada residencial, el estudiante no es elegible para las actividades deportivas de la escuela intermedia y se debe presentar una apelación para ser considerado para la elegibilidad deportiva.

\_\_\_\_\_ **TRANSFERENCIAS:** Entendemos que, si un estudiante se transfiere de una escuela privada a una escuela pública o de una escuela especializada, él/ella no es elegible por 180 días para las actividades deportivas de la escuela intermedia y se debe presentar una apelación para ser considerado para la elegibilidad deportiva.

\_\_\_\_\_ **VARIACIÓN DE ZONA:** Entendemos que, si un estudiante está inscrito en una variación de zona él/ella no es elegible por 180 días para las actividades deportivas de la escuela intermedia y se debe presentar una apelación para ser considerado para la elegibilidad deportiva.

\_\_\_\_\_ **TUTELA:** Entendemos que, las tutelas certificadas y tutelas de padres designados no se aceptan para la elegibilidad deportiva.

\_\_\_\_\_ Entendemos que, un tutor legal debe ser designado por un juez **de acuerdo con el NAC 386.785 (Sec. 3a-b), y se debe presentar una apelación** para ser considerado para la elegibilidad deportiva.

\_\_\_\_\_ **PADRES SEPARADOS:** Entendemos que, si un padre/tutor está separado, la elegibilidad deportiva del estudiante permanecerá en la escuela actual donde está inscrito.

\_\_\_\_\_ **PADRES DIVORCIADOS:** Entendemos que, si un padre/tutor está divorciado, la elegibilidad del estudiante está en la zona de la dirección física del padre con tutela.

\_\_\_\_\_ **DOCUMENTACIÓN FALSA:** Entendemos que, la falsificación de cualquier porción del Paquete Deportivo puede resultar en la pérdida de la elegibilidad deportiva por un lapso de hasta 360 días escolares (2 años), así como el decomiso de cualquier evento en el cual estaba participando el estudiante. **El decomiso de juegos tiene un efecto grave para todos los miembros del equipo. Se afectan las posiciones finales, y se pueden perder la Liga y Campeonatos Regionales y Distritales.**

**Por favor conteste (Sí) o (No) a las preguntas siguientes:**

1. ¿Su hijo/hija se, está trasladando de otra escuela? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si es así, mencione la escuela \_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/hija asistió a cualquier otra escuela intermedia del CCSD en cualquier momento durante el año escolar anterior?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si es así, mencione la escuela \_\_\_\_\_
3. ¿Su hijo/hija está asistiendo a una escuela chárter? \_\_\_\_\_ Si es así, mencione la escuela \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo/hija recibe enseñanza en casa? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
5. ¿Fue su hijo/hija o cualquier miembro de su familia reclutado por cualquier miembro de la facultad o personal de entrenamiento con el propósito de participar en actividades atléticas en la escuela a la que estará asistiendo?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
(Aviso: Proporcione una explicación para una respuesta Sí)

**POR FAVOR FIRME EN EL RENGLÓN INFERIOR ADECUADO:**

\_\_\_\_\_ Firma del Padre/ Tutor Legal

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_ Fecha

Estimado Padre o Tutor:

## (FORMULARIO A DEL CCSD)

Adjunto se encuentra un paquete de información del historial deportivo de su hijo y de la evaluación física. El propósito de este examen es detectar cualquier condición que pudiera incrementar el riesgo de lesión o muerte de su hijo mientras practica o compite en su deporte. Aunque existen muchos aspectos benéficos al participar en deportes de la escuela secundaria (mejora la auto imagen, automotivación y hábitos saludables), pero como en cualquier actividad existen algunos riesgos relacionados. En general, el riesgo de muerte por deportes en la escuela secundaria es extremadamente bajo; cada año menos estudiantes de la escuela secundaria fallecen debido a deportes en comparación con accidentes automovilísticos. En los últimos años, cada año ha habido un promedio de 20 a 40 fallecimientos no traumáticos en deportes de la escuela secundaria, o una por cada 100,000 a 200,000 estudiantes deportistas al año.

Las causas principales de las muertes no traumáticas en deportes son por problemas cardíacos, siendo el más común el síndrome llamado “Miocardiopatía Hipertrófica (HCM)”. Afortunadamente, no todos los deportistas con HCM están en riesgo de muerte súbita. Nuestra meta es identificar esos deportistas estudiantiles que podrían estar en riesgo. Actualmente, el método para realizar esto, es con un médico realice un “Examen de Participación Previa” específico (PPE). Al tomar el historial y desempeñar el examen físico adecuados, podemos detectar algunos de los deportistas estudiantiles en riesgo de muerte súbita. Infortunadamente, este no es un sistema perfecto y algunos deportistas con HCM se pasarán por alto, y otros muchos con HCM u otros problemas cardíacos serán remitidos para otras evaluaciones, las cuales pueden resultar normales.

Otras partes del historial y físico se enfocan en áreas que podrían conducir a la muerte pero que son comúnmente asociadas con problemas. La evaluación e historial del sistema músculo esquelético y neurológico es crucial para detectar lesiones viejas y otros problemas que necesitan atención especial para prevenir lesiones futuras.

La meta final del PPE es proporcionar al deportista estudiantil una oportunidad para preguntarle al médico dudas relacionadas con la salud y recibir algo de asesoría sobre la salud. Mientras que esta evaluación es muy limitada y no debería reemplazar la visita regular con su médico personal, el contacto limitado que los adultos jóvenes tienen con los médicos es un hecho reconocido. Por lo tanto, esto proporciona una oportunidad muy necesaria para que los deportistas jóvenes tengan contacto con un médico.

Esperamos que esta carta explique algunas de las razones por las cuales este historial y físico son tan importantes y los animamos a que se tomen el tiempo para completar este formulario del historial cuidadosamente.

### **Explicación de los Formularios del CCSD:**

**Formulario A** – Carta al Padre/Tutor.

**Formulario B** – Carta Formulario de Participación Previa. El Padre/Tutor debe completarla y debe ser firmada por el médico o por el especialista de salud certificado.

**Formulario C** – Carta del especialista de salud certificado.

**Formulario D** – Formulario físico. El médico o especialista de salud autorizado debe completarla y firmarla.

Publicado por la Asociación de Actividades Interescolares de Nevada (NIAA) Comité Asesor de Medicina. Aprobado en: febrero de 2000.

**FORMULARIO B DEL CCSD – - FORMULARIO DEL HISTORIAL DE PARTICIPACIÓN PREVIA DEL CCSD**

**HISTORIAL**

FECHA DE EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ DEPORTE(S): \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

MÉDICO PERSONAL: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE A- NOMBRE: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO (C): \_\_\_\_\_ (T): \_\_\_\_\_

**EXPLIQUE LAS RESPUESTAS “SÍ” A CONTINUACIÓN.  
CIRCULE LAS PREGUNTAS DE LAS CUALES NO SABE LAS REPUESTAS**

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
1. ¿Tiene una condición médica crónica (asma, diabetes, presión arterial, etc.)?	_____	_____
2. ¿Alguna vez ha permanecido hospitalizado toda la noche?	_____	_____
3. ¿Actualmente está tomando algún medicamento recetado o medicamentos o pastillas sin receta (de venta libre) o está usando un inhalador?	_____	_____
4. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, medicamento, alimento o picadura de insecto)?	_____	_____
5. a. ¿Se ha desmayado o se ha sentido mareado durante el ejercicio?	_____	_____
b. ¿Alguna vez ha sentido dolor (o presión) en el pecho con el ejercicio?	_____	_____
c. ¿Alguna vez ha tenido dificultad excesiva para respirar o fatiga de forma inexplicable con el ejercicio?	_____	_____
d. ¿Existe un historial familiar de muerte prematura o morbilidad por una enfermedad cardiovascular a una edad relativamente menor de 50 años?	_____	_____
e. ¿Existe algún historial familiar de miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, síndrome largo QT o síndrome de Marfan?	_____	_____
f. ¿Algún médico le ha negado o restringido su participación en algún deporte por un algún problema cardíaco?	_____	_____
6. ¿Actualmente tiene cutáneos (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	_____	_____
7. a. ¿Alguna vez ha tenido una lesión o conmoción en la cabeza?	_____	_____
b. ¿Alguna vez ha sido noqueado, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria?	_____	_____
c. ¿Ha tenido alguna convulsión?	_____	_____
d. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?	_____	_____
e. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en sus brazos, manos, piernas o pies?	_____	_____
8. ¿Se ha enfermado al ejercitarse en el calor?	_____	_____
9. ¿Toce, jadea, o tiene dificultad al respirar durante o después de una actividad?	_____	_____
10. a. ¿Normalmente utiliza algún equipo especial o aparatos protectores o correctivos que usualmente no se usen para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, almohadilla cervical, ortopedia para pies, retenedor dental, aparato auditivo)?	_____	_____
b. ¿Le falta un ojo, riñón, testículo u ovario?	_____	_____

**SÍ**      **NO**

11. a. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? \_\_\_\_\_  
b. ¿Usa lentes, lentes de contacto, lentes protectores? \_\_\_\_\_

12. a. ¿Ha tenido algún problema de dolor o inflamación en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? \_\_\_\_\_

b. Si contestó sí, marque el artículo adecuado en la parte inferior.

__ cabeza	_____ hombro	__ muñeca	_____ cadera	_____ tobillo
__ cuello	_____ brazo	__ mano	_____ muslo	_____ Dedo del pie
__ espalda	_____ codo	__ dedo(s)	_____ rodilla	
__ pecho	_____ antebrazo	__ pie	_____ pantorrilla	_____ piel

13. ¿Está intentando seriamente subir o bajar de peso?

14. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre estrés, coraje, depresión u otros problemas?

15. Indique las fechas de sus vacunas más recientes (inyecciones) para:

Tétano \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_  
Hepatitis B \_\_\_\_\_ Viruela \_\_\_\_\_

**SOLO MUJERES**

16. ¿Cuándo fue su primer periodo menstrual? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo fue su último periodo menstrual? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo pasa normalmente desde el inicio de un periodo hasta el inicio del siguiente? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos periodos tuvo el año pasado? \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el lapso más largo entre los periodos del año pasado? \_\_\_\_\_

Aprobado: febrero de 2000; junio 2012

**Aviso: Los médicos deben firmar los Formularios B y D**

Nombre del médico (escriba/teclea): \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que soy \_\_\_\_\_ certificado, y he revisado la información en este Formulario B antes de realizar la evaluación física para el estudiante asignado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Especialista de la Salud      Número de licencia      Teléfono de la oficina      Fecha

Adjunto se encuentran las Evaluaciones Físicas de Participación Previa Deportiva en la Escuela Intermedia del CCSD (PPE). Notará que el formulario que estamos utilizando incorpora las recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo PPE (1997) (apoyado por la AAAP, AAP, AMSSM, AOSM y AOASM) y por separado del AHA. Anticipamos que este formulario será revisado cada pocos años y le mantendremos al tanto sobre cualquier cambio. También, para los deportistas jóvenes con anomalías cardiovasculares conocidas, recomendamos seguir las directrices siguientes de la 26ª Conferencia de Bethesda. Recomendamos que se remita a la monografía del Grupo de Trabajo, las recomendaciones de AHA o a la 26ª Conferencia de Bethesda antes de realizar las evaluaciones físicas deportivas en Nevada.

Mientras muchos de ustedes han estado realizando estas evaluaciones por años, nos gustaría señalar algunos puntos. Como comentamos en la presentación a la monografía, existirán razones múltiples para realizar los PPE; las razones principales son prevenir lesiones y muerte cardíaca súbita.

Se estima que entre 1 y 2 muertes (en etiología predominantemente cardiovasculares) de 200,000 deportistas de la escuela secundaria suceden al año. La prevalencia de una enfermedad cardiovascular capaz de causar una muerte súbita cardíaca en estos deportistas es alrededor de 1/20,000. La causa más común de muerte cardíaca en esta población es miocardiopatía hipertrófica (HCM).

Ya que la vasta mayoría de los PPE serán totalmente normales, y, por otro lado, la mayoría de los estudiantes con anomalías en el historial o evaluación física NO tienen patologías cardíacas importantes, se solicita extrema diligencia al llevar a cabo estas evaluaciones, para que los pocos estudiantes con condiciones serias no sean omitidos.

#### **LAS RESPUESTAS EN EL FORMULARIO DEL HISTORIAL SUGERIRÍAN LA NECESIDAD DE UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA QUE INCLUYE:**

- **Dificultad excesiva para respirar, síncope o dolor en el pecho durante el ejercicio.**
- **Historial familiar de muerte prematura o morbilidad cardiovascular. (Antes de los 50 años)**
- **Historial familiar de HCM, miocardiopatía dilatada, síndrome largo QT, o síndrome de Marfan.**

#### **ANORMALIDADES DE LA EVALUACIÓN FÍSICA QUE SUGIEREN LA NECESIDAD DE UNA ECOCARDIOGRAFÍA O UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA QUE INCLUYEN:**

- **Cualquier soplo sistólico mayor que la II/VI.**
- **Cualquier soplo diastólico.**
- **Un soplo que aumenta en intensidad de la posición supina a ponerse de pie (sugiere la HCM).**
- **Estigma del síndrome de Marfan. (Anexo 7).**

Una segunda meta del PPE es detectar enfermedades crónicas o lesiones antiguas que podrían obstaculizar el desempeño del deportista (tal como el Asma Provocado por el Ejercicio) o que lleve a una lesión (“la causa más común de una lesión es volver a lesionarse”).

La meta final del PPE es proporcionar a nuestros deportistas jóvenes la oportunidad para hablar con un médico sobre problemas de salud. Mientras que esta evaluación no reemplaza el cuidado continuo del médico personal, podría ser el único contacto que tengan estos estudiantes. Por lo tanto, una conversación breve de los problemas de salud tales como una revisión de cáncer de seno y testicular, uso de alcohol y tabaco, seguridad automovilística, etc., podría ser adecuada durante el PPE.

Agradecemos su disposición para asegurar un futuro más seguro para los deportistas jóvenes de Nevada.

Publicado por el Comité Asesor de Medicina Deportiva NIAA.  
Aprobado: febrero de 2000; junio 2012

#### **Anexo 7**

Revisión sugerida por el formulario del Síndrome de Marfan

Revisar a todos los hombres que midan más de 6 pies y a todas las mujeres que midan más de 5 pies 10 pulgadas con un ecocardiograma y una examinación con una lámpara de hendidura cuando se encuentren cualquiera de los dos conceptos siguientes:

1. Historial familiar del Síndrome de Marfan\*
2. Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral
3. Cifoescoliosis
4. Malformación de la pared torácica anterior
7. Distancia del brazo mayor que la estatura
6. Proporción de la parte superior a la inferior del cuerpo con más de una desviación estándar por debajo de la media
7. Míopia
8. Ectopia Lentis

\*Este hallazgo por sí solo debería indicar más investigación.



**EVALUACIÓN FÍSICA DE PARTICIPACIÓN PREVIA DEL CCSD**  
**FORMULARIO D DEL CCSD – Profesional de la Salud, por favor remítase a la carta, y las referencias proporcionadas en el formulario**

<b>RECONOCIMIENTO FÍSICO</b>		FECHA DEL RECONOCIMIENTO: _____	
NOMBRE: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____	
ESTATURA: _____	PESO: _____	% GRASA CORPORAL (opcional): _____	PULSO: _PA: _ / _ ( _ / _ , _ / _ )
VISIÓN: D 20/ _____	I 20/ _____	CORREGIDA: S / N	PUPILAS: Iguales _____ Desiguales _____

<u>MÉDICA</u>	NORMAL /INEXISTENTE	HALLAZGOS ANORMALES	EXPLICACIÓN	INICIALES
Apariencia				
Ojos/oídos/nariz/garganta				
Nódulos linfáticos				
Pulmones				
Abdomen				
Genitales (Solo hombres)				
Piel				
<b><u>CARDIOVASCULAR</u></b>				
Soplo que Aumenta de la Posición de Supina a Ponerse de Pie				
Soplo Sistólico Mayor que la II/VI				
Cualquier Soplo Diastólico				
Pulsos Radial y Femoral				
<b><u>MUSCULAR ESQUELÉTICO</u></b>				
Cuello				
Espalda				
Hombro / brazo				
Codo / antebrazo				
Muñeca / mano				
Cadera / muslo				
Rodilla				
Pierna/ tobillo				
Pie				
Estigma del Síndrome de Marfan				

**APROBADO** después de completar la evaluación/rehabilitación para: \_\_\_\_\_

**NO HA SIDO APROBADO PARA:** \_\_\_\_\_ **RAZÓN:** \_\_\_\_\_

**Recomendaciones:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico (escriba/teclee):** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que soy \_\_\_\_\_ certificado, para desempeñar las Evaluaciones de Participación Previa del CCSD y que en la fecha establecida en la parte inferior yo realice todos los aspectos de la Evaluación de Participación Previa del CCSD en el estudiante mencionado en la parte superior. Este estudiante cumple con todos los requisitos de la evaluación física solicitada para la participación en los deportes autorizados por el CCSD.

Firma del Profesional de la Salud	Número de Licencia	Teléfono de la Oficina	Fecha
-----------------------------------	--------------------	------------------------	-------

Revisado el 5-2010; junio de 2012

**INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL CUIDADO DE EMERGENCIA**  
En caso de emergencia, el personal escolar se comunicará al 911.  
Se hará todo intento para contactar a los padres, tutor, o persona de emergencia designada.

Género

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_  Hombre

Escuela a la que Asiste: \_\_\_\_\_ # Estudiantil: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  Mujer

Domicilio del Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono del Estudiante: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR**

Teléfono

Apellido del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Trabajo: Celular: \_\_\_\_\_

Relación:  Madre  Padre  Tutor C. Electrónico: \_\_\_\_\_

Otro Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Apellido del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación:  Madre  Padre  Tutor C. Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO(S) DE EMERGENCIA** Vive con: Madre  Padre  Ambos padres  Tutor(es)

Por favor mencione dos personas con las que nos podamos comunicar si el padre(s)/tutor(es) no se pueden localizar en caso de emergencia. Las personas mencionadas tendrán autorización para recoger a su hijo de la escuela o ubicación de una actividad escolar.

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #teléfono: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #teléfono: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DEL SEGURO**

Nombre del Proveedor del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # Telefónico: \_\_\_\_\_

No. Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ No. Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones Especiales de Salud:**

Marque todo lo que aplique:  Asma  Convulsiones  Diabetes  Condición cardíaca  Alergias  Problemas Auditivos  Problemas visuales  Otros

Explicación(es) de las casillas marcadas arriba - Sea específico (Incluya embarazo, diabetes, u otras condiciones crónicas)

**Otra Información:**

Mencione todos los medicamentos y dosis que su hijo recibe de forma regular:

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis Diaria: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis Diaria: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis Diaria: \_\_\_\_\_

**\*Aviso:** Si su hijo toma medicamento regularmente, por favor traiga suministro en un envase etiquetado.

El medicamento recetado necesita una etiqueta de receta actualizada. Un medicamento de venta libre debe de estar acompañado por la orden de un profesional certificado de la salud. Yo, el padre/tutor de (menor) \_\_\_\_\_ autorizamos y asignamos al Distrito Escolar del Condado de Clark, (CCSD) para obtener el cuidado médico para mi hijo en caso de que dicho cuidado sea razonablemente necesario. Yo entiendo que, si es posible, seré contactado en caso de que mi hijo necesite atención médica. Autorizo a un profesional certificado de la salud u hospital acreditado para realizar cualquier procedimiento médico y/o cirugías razonablemente necesarias que sean esenciales para el tratamiento de mi hijo y estoy de acuerdo con ser responsable del pago de dicho cuidado. Certifico que mi hijo tiene seguro con cobertura completa de salud y accidentes. La póliza cubre cualquier y todos los accidentes y lesiones que pueda sufrir durante la participación en esta actividad. Notificaré inmediatamente a la Oficina de Deportes de la escuela a la que asiste mi hijo si existiera cualquier cambio a esta póliza de seguro. Completaré **inmediatamente** un nuevo formulario en caso de que cualquier información necesite cambiarse o actualizarse. Yo libero al CCSD, a sus empleados y agentes de cualquier daño, responsabilidad, o pérdida como resultado del ejercicio de discreción al asegurar, de buena fe, el cuidado médico para mi hijo.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Escriba el Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_