



Escuela Intermedia Hopewell

Departamento de Atletismo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

DEPORTE(S): _____

Cooreo electrónico de los padres: _____

Número de teléfono de los padres: _____

Atención Padre(s)/Tutor(es): Por favor, asegúrese de que toda la documentación esté completa, con todas las firmas y fechas requeridas. Todos los documentos deben entregarse al mismo tiempo. Asegúrese que el paquete contiene todos los elementos enumerados a continuación.

Entrenador: Marque la entrega de todos documentos. Devuelva a los padres / tutores si faltan documentos.

NO SE PERMITIRÁ A LOS ESTUDIANTES PARTICIPAR EN NINGUNA ACTIVIDAD EXTRAMUROS SIN PRESENTAR CORRECTAMENTE TODA LA DOCUMENTACIÓN!!!!

COMPROBAR:

- Formulario de Examen físico actual que cubre al atleta durante todo el año escolar (completado por un médico con licencia) y Formulario de Historial Clínico
- Formulario de solicitud de seguro del estudiante y verificación de seguro: incluya el número de póliza y el nombre del proveedor
- Formulario con Información Contacto para Casos de Emergencia
- Formulario de liberación de responsabilidades para el transporte de las Escuelas del condado de Fulton 2023-2024
- Formulario de Concientización sobre paro cardíaco repentino
- Formulario de calor y humedad
- Formulario de concientización sobre conmociones cerebrales

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer: _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Se siente triste, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Primer Nombre)

(Apellido)

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

2023 Este formulario ha sido modificado para uso de la GHSA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ (Primer Nombre) _____ (Apellido) Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 	<input type="checkbox"/>	
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 	<input type="checkbox"/>	
Lymph nodes	<input type="checkbox"/>	
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 	<input type="checkbox"/>	
Neurological	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck	<input type="checkbox"/>	
Back	<input type="checkbox"/>	
Shoulder and arm	<input type="checkbox"/>	
Elbow and forearm	<input type="checkbox"/>	
Wrist, hand, and fingers	<input type="checkbox"/>	
Hip and thigh	<input type="checkbox"/>	
Knee	<input type="checkbox"/>	
Leg and ankle	<input type="checkbox"/>	
Foot and toes	<input type="checkbox"/>	
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 	<input type="checkbox"/>	

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

 Medically eligible for certain sports

 Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

FULTON COUNTY SCHOOL SYSTEM DEPARTMENT OF ATHLETICS

STUDENT'S APPLICATION FOR PARTICIPATION IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS AND VERIFICATION OF INSURANCE

Sport: _____ Date of first practice: _____, 2023/2024

Student Name: _____ Male or Female
(Last name) (First name) (MI)

Date of Birth: _____ Age: _____ years old
(Month) (Day) (Year)

Address: _____
(# and Street Name) (City) (State) (Zip Code)

Home Telephone #: _____	Emergency Telephone #: _____
Cellular Telephone #: _____	

This application to represent my school in interscholastic activities is entirely voluntary on my part and is made with the understanding that I have studied and understood the Eligibility Standards that I must meet to represent my school and that I have not violated any of these standards. I understand that not meeting the standards set by the school or being ejected from an interscholastic contest because of an unsportsmanlike act, could result in my not being allowed to participate in the next contest or suspension from the team either temporarily or permanently. I understand that if I transfer to another school my eligibility may be affected under the Georgia High School Association's eligibility standards.

Student Signature: _____
(Signature) (School) (Date)

I hereby consent for the above student to represent his/her school in interscholastic activities. I have received a Student/Parent Handbook for GHSA Sanctioned Interscholastic Activities 2023-2024. I understand that I am responsible for reading the contents of this publication and that questions related to this publication can be addressed to the Fulton County Athletic Director at 470-254-6892. If I, the parent(s)/guardian(s), cannot be reached in the event of a medical emergency, I do give consent for the school to obtain emergency transportation to the physician or hospital of its choice, and such medical care as is reasonably necessary for the welfare of the student if he/she is injured in the course of participation in interscholastic activities. I give permission for the above student to participate in school-sponsored trips, including overnight trips, associated with Fulton County School's interscholastic athletic competitions. In the event that transportation is not provided by the Fulton County School System, transportation will be the student's or the parent's /guardian's responsibility. In addition, I agree not to assert against the Fulton County Board of Education, all current, former and future members of the School Board of the Fulton County Board of Education, all current, former and future employees and/or volunteers of the Fulton County Board of Education, and their heirs, executors, administrators, successors, and assigns, in any court of law, any claim or claims that the student and/or parent or legal guardian had, now have, or may have in the future, whether known or unknown, arising out of, during, or in conjunction with the student's participation in the activity, any trip, or transportation associated with the activity, or the rendering or emergency medical procedures or treatment, if any.

All parents and guardians must sign and date this form

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY CONDITIONING, TRYOUT, PRACTICE SESSION, OR PLAY IN ANY INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ACTIVITY, THE STUDENT-ATHLETE MUST SUBMIT THIS FORM FOR PARTICIPATION IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS TO THE COACH OF THE ACTIVITY. FAILURE TO SUBMIT THIS FORM WILL DELAY THE ELIGIBILITY OF THE STUDENT-ATHLETE TO JOIN THE TEAM.

FULTON COUNTY SCHOOL SYSTEM DEPARTMENT OF ATHLETICS

VERIFICATION OF INSURANCE COVERAGE

Effective for School Year 2023-24

I have waived the medical/health insurance coverage that has been approved by the Fulton County School System and offered to my child, _____ Date of Birth: _____ (Name of Child)

The medical/ health insurance that I am using for my child for the current school year at _____ is provided by _____ and (School Name) (Name of Insurance Company)

the insurance policy number is _____. This insurance policy (Insurance Policy Number)

is in effect from: _____ to _____ (Date) (Date)

Attach a copy of Medical/Health Insurance Certificate to this form to verify information listed above. Thank you.

The above medical/health insurance coverage provides for the following interscholastic athletics activities:

- 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

We/I understand that per The Georgia High School Association a Pre-participation Physical evaluation must be performed by a physician to medically screen each student who participates in the interscholastic athletic programs of the Fulton County School District. We/I understand that a basic medical screening (the required physical exam) is general in nature and limited in scope and does not indicate or assure me/us that my/our child is completely free from impairments. If I/we wish for a more detailed physical exam to be performed upon my/our child then it is my/our responsibility to arrange and to pay for such an exam. If this more detailed exam is performed, it is my/our responsibility to notify the Fulton County School District, and it's appropriate employees, of any potential medical problems uncovered by any physical exam given to my/our child other than the general physical required by the school system for athletic participation. I agree to fully waive any and all claims of whatever nature, fully and finally, now and forever, for my/our child, for myself, my estate, my heirs, my administrators, my executors, my assignees, my agents, my successors, and for all members of my family, and to indemnify, release, defend, exonerate, discharge and hold harmless all current, former and future members of the School Board of the Fulton County Board of Education, all current, former and future employees of the Fulton County Board of Education, their schools, their trustees, officers, Board of Education, agents, coaches, athletic trainers, physicians, volunteers, and any other practitioner of the healing arts (an "Indemnified Party") from any and all liability, personal or property damages, claims, causes of action or demands brought against the Fulton County School District or indemnified party arising out of any injuries to my/our child or to his or her property or losses of any kind which may result from or in connection with his or her participation in any activity related to the interscholastic athletic programs provided by the Fulton County School District.

My signature below attests that I have read, understood and concur with the information on this form, and that I give consent for my child to participate in the athletic programs as stated above.

ALL PARENTS/GUARDIANS/ MUST SIGN BELOW AND DATE

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

Signature of parent/guardian : _____ Date: _____

Signature of student : _____ Date: _____

PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY CONDITIONING, TRYOUT, PRACTICE SESSION, OR PLAY IN ANY INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ACTIVITY, THE STUDENT-ATHLETE MUST SUBMIT THIS FORM FOR PARTICIPATION IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS TO THE COACH OF THE ACTIVITY. FAILURE TO SUBMIT THIS FORM WILL DELAY THE ELIGIBILITY OF THE STUDENT-ATHLETE TO JOIN THE TEAM

**FORMULARIO CON INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA,
DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL CONDADO DE FULTON
2023-24**

Escuela secundaria: _____

Información del deportista:

Fecha preparado: _____ Deporte: _____ Grado: _____

Nombre del deportista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Nombre del padre/madre: _____

En caso de emergencia, por favor comunicarse con las siguientes personas:

1) Nombre _____ Relación: _____

Teléfonos: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

2) Nombre _____ Relación: _____

Teléfonos: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Información del seguro: (Cada deportista debe tener cobertura médica a través de una póliza individual o comprada a través del Sistema Escolar del condado de Fulton).

Compañía de seguro: _____ Número de la póliza: _____

O: Indicar el seguro escolar comprado: _____

Información médica:

Fecha de la última revisión física: _____

Por favor anote las alergias conocidas: _____

Anote las afecciones médicas que esté sufriendo y los medicamentos actuales: _____

Anote las lesiones previas: _____

¿El deportista tuvo alguna vez una conmoción cerebral? _____

Anote cualquier problema médico conocido sobre los cuales el personal médico debería estar al tanto en el momento de prestar tratamiento: _____

Permiso para brindar tratamiento:

- En el caso de una lesión o molestia menor, doy mi permiso para que el entrenador atlético trate al deportista según sea necesario.
- Si los padres, tutores legales u otras personas (mencionadas antes) no pueden ser contactados en el caso de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que la escuela consiga un transporte de emergencia hasta el hospital de su elección y de la atención médica que se considere razonablemente necesaria para el bienestar del deportista, si se lastimó en el transcurso de su participación en actividades intercolegiales.

Firma del padre, madre o tutor legal:

Nombre: _____ Fecha: _____

Formulario de liberación de responsabilidades para el transporte de las Escuelas del condado de Fulton 2023-24

Dado que su hijo/a será transportado/a entre sitios escolares, eventos, actividades durante y después del horario de clases, por favor complete y firme el siguiente formulario y entrégueselo al entrenador.

___ Deseo que mi hijo/a sea transportado SOLAMENTE por transporte en autobús del condado de Fulton.

___ Deseo designar a personas adicionales, quienes podrán transportar a mi hijo/a (ver abajo).

Estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad al Consejo de Educación del condado de Fulton en el caso de que _____ (nombre del alumno) sufra una lesión, inclusive cualquier daño a la propiedad que ocurra mientras el alumno esté manejando o sea llevado hacia o desde una escuela o eventos, actividades o sitios relacionados con la escuela después del horario normal de clases en un vehículo que no sea provisto por el Consejo de Educación del condado de Fulton. Asimismo, estoy de acuerdo en no presentar contra el Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los miembros (actuales, pasados y futuros) del Consejo Escolar del Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los empleados y voluntarios (presentes, pasados y futuros) del Consejo de Educación del condado de Fulton y sus herederos, adjudicatarios, administradores, sucesores y asignados, en ningún tribunal de justicia, ningún reclamo o reclamos que el alumno, sus padres o tutores legales puedan tener, tengan ahora o puedan llegar a tener en el futuro, conocidos o desconocidos, basados en cualquier lesión sufrida por el alumno mientras fue transportado. He leído el acuerdo y firmo la liberación y exención de responsabilidades en forma voluntaria. Además, estoy de acuerdo en que no hubo ninguna comunicación, declaración o incentivos verbales al margen del acuerdo escrito mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del alumno deportista: _____ Fecha: _____

Conductor asignado (si corresponde): Todos los conductores asignados debe tener más de 18 años de edad o ser un familiar inmediato.

(Nombre del alumno) _____ tiene mi permiso para que lo lleven y traigan de las escuelas durante el día de clases, o a eventos, actividades o sitios relacionados con la escuela después del horario normal de clases, como participante del _____ equipo _____ escolar. Yo, o el conductor que haya asignado, _____ transportaremos al alumno hacia y desde el evento o actividad. Yo, o el conductor que haya designado, nos presentaremos ante el entrenador principal o su asistente después de que haya terminado el evento o la actividad para verificar que tenemos la intención de transportar al alumno antes mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del alumno deportista: _____ Fecha: _____

Firma del conductor asignado: _____ Fecha: _____

SCHOOL USE ONLY:

Received by: _____ on _____
(print full name) (print date)

Signature of receiving party: _____

ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER SESIÓN DE ACONDICIONAMIENTO, PRUEBA O PRÁCTICA, O DE JUGAR EN CUALQUIER DEPORTE INTERCOLEGIAL, EL ALUMNO-DEPORTISTA DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL ENTRENADOR DE LA ACTIVIDAD. SI NO SE PRESENTA SE DEMORARÁ LA ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO-DEPORTISTA PARA FORMAR PARTE DEL EQUIPO.

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino

Escuela: _____

1: Aprende las primeras señales de advertencia

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolor torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en repuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

2. Aprende a reconocer un paro cardiaco repentino

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

3. Aprende solo las manos RCP

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitals hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodílese al lado de la victima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otro, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una victim que no necesita un shock.

Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino , yo doy _____ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2023-2024. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso) Nombre del Estudiante (Firmado) Fecha

Nombre del Padre (Impreso) Nombre del Padre (Firmado) Fecha



2.67 **Practice Policy for Heat and Humidity:**

- (a) Schools must follow the statewide policy for conducting practices and voluntary conditioning workouts (this policy is year-round, including during the summer) in all sports during times of extremely high heat and/or humidity that will be signed by each head coach at the beginning of each season and distributed to all players and their parents or guardians. The policy shall follow modified guidelines of the American College of Sports Medicine in regard to:
 - (1) The scheduling of practices at various heat/humidity levels.
 - (2) The ratio of workout time to time allotted for rest and hydration at various heat/humidity levels.
 - (3) The heat/humidity levels that will result in practice being terminated.
- (b) A scientifically-approved instrument that measures the Wet Bulb Globe Temperature must be utilized at each practice to ensure that the written policy is being followed properly. WBGT readings should be taken every hour, beginning 30 minutes before the beginning of practice.

WBGT ACTIVITY GUIDELINES AND REST BREAK GUIDELINES

- Under 82.0 Normal Activities - Provide at least three separate rest breaks each hour with a minimum duration of 3 minutes each during the workout.
- 82.0 - 86.9 Use discretion for intense or prolonged exercise; watch at-risk players carefully. Provide at least three separate rest breaks each hour with a minimum duration of 4 minutes each.
- 87.0 - 89.9 Maximum practice time is 2 hours. For Football: players are restricted to helmet, shoulder pads, and shorts during practice, and all protective equipment must be removed during conditioning activities. If the WBGT rises to this level **during** practice, players may continue to work out wearing football pants without changing to shorts. For All Sports: Provide at least four separate rest breaks each hour with a minimum duration of 4 minutes each.
- 90.0 - 92.0 Maximum practice time is 1 hour. For Football: no protective equipment may be worn during practice, and there may be no conditioning activities. For All Sports: There must be 20 minutes of rest breaks distributed throughout the hour of practice.
- Over 92.0 No outdoor workouts. Delay practice until a cooler WBGT level is reached.

- (c) Practices are defined as: the period of time that a participant engages in a coach-supervised, school-approved sport or conditioning-related activity. Practices are timed from the time the players report to the practice or workout area until players leave that area. If a practice is interrupted for a weather-related reason, the "clock" on that practice will stop and will begin again when the practice resumes.
- (d) Conditioning activities include such things as weight training, wind-sprints, timed runs for distance, etc., and may be a part of the practice time or included in "voluntary workouts."
- (e) A walk-through is not a part of the practice time regulation, and may last no longer than one hour. This activity may not include conditioning activities or contact drills. No protective equipment may be worn during a walk-through, and no full-speed drills may be held.
- (f) Rest breaks may not be combined with any other type of activity and players must be given unlimited access to hydration. These breaks must be held in a "cool zone" where players are out of direct sunlight.
- (g) When the WBGT reading is over 86, ice towels and spray bottles filled with ice water should be available at the "cool zone" to aid the cooling process AND cold immersion tubs must be available for the benefit of any player showing early signs of heat illness. In the event of a serious EHI, the principle of "Cool First, Transport Second" should be utilized and implemented by the first medical provider onsite until cooling is completed (core temperature of 103 or less).

Head Coach's Signature _____ Date _____

Athletes Name _____ Parent Signature _____ Date _____

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociones Cerebrales

Escuela: _____

PELIGROS DE CONMOCIÓNES CEREBRALES

Conmociones Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIÓNES CEREBRALES

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Pérdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA: De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional médico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención médica adecuado puede incluir un médico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un médico con licencia como una enfermera practicante, un asistente médico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones cerebrales.

- a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
- b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despejado con la autorización médica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy _____ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2023-2024. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso)	Nombre del Estudiante (Firmado)	Fecha
Nombre del Padre (Impreso)	Nombre del Padre (Firmado)	Fecha