



Nombre \_\_\_\_\_

**Clear Creek High School  
2025-2026  
Paquete Deportivo**

**NO SE LE PERMITIRÁ PRACTICAR HASTA QUE HAYA REALIZADO SU EXAMEN FÍSICO Y ESTE PAQUETE HAYA SIDO DEVUELTO A LA OFICINA DE LA ESCUELA.**

Complete el frente y el dorso de todas las hojas y entréguelas como un solo paquete en la oficina de la escuela secundaria después de haber tenido su examen físico.

**LOS PAQUETES SERÁN DEVUELTOS SI NO ESTÁN COMPLETOS.**

Cuotas de participación deportiva para 9-12 grados:

1ª Cuota Deportiva \$150.00

2ª Cuota Deportiva \$130.00

Cada deporte adicional \$100.00

Tarifas de Carrera de Esquí \$350.00

Los gastos no podrán exceder los \$560 por año por familia (**esto no incluye las tarifas de las carreras de esquí**) para la escuela secundaria y preparatoria combinadas.

**Los estudiantes deben pagar las tarifas de participación correspondientes para ser declarados elegibles para participar en actividades extracurriculares.**





## CLEAR CREEK MIDDLE SCHOOL PERMISO DE LOS PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

---

### PERMISO DEL PADRE O TUTOR

**ADVERTENCIA:** Aunque la participación en actividades y deportes interescolares supervisados puede ser una de las menos peligrosas en las que cualquier estudiante participará dentro o fuera de la escuela, **POR SU NATURALEZA, LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ATLÉTICAS INTERESCOLARES INCLUYE UN RIESGO DE LESIONES QUE PUEDEN VARIAR EN GRAVEDAD DESDE LEVES HASTA LESIONES CATASTRÓFICAS A LARGO PLAZO.** Aunque las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar este riesgo.

**LOS JUGADORES DEBEN OBEDECER TODAS LAS REGLAS DE SEGURIDAD, INFORMAR TODOS LOS PROBLEMAS FÍSICOS A SUS ENTRENADORES, SEGUIR UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ADECUADO E INSPECCIONAR SU PROPIO EQUIPO DIARIAMENTE.**

Al firmar este formulario de autorización, reconocemos que hemos leído y comprendido esta advertencia. **LOS PADRES O ESTUDIANTES QUE NO DESEAN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITOS EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.** Al firmar este formulario, permito que la información médica de mis estudiantes se comparta con el personal médico apropiado cuando sea necesario de conformidad con las **Regulaciones de HIPPA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos).**

Por la presente doy mi consentimiento para competir en deportes aprobados para Clear Creek Middle School, excepto los que se detallan al dorso.

Por la presente doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_ competir en deportes aprobados para **Clear Creek High School**, en deportes aprobados por la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Colorado, excepto los que se detallan al dorso.

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Ningún estudiante podrá representar a su escuela en deportes interescolares hasta que exista en los archivos del superintendente o director una declaración firmada por su padre o tutor legal y un examen físico firmado que certifique que él/ella ha pasado un examen físico adecuado dentro del año pasado, que en la opinión del médico examinador, el asistente del médico, el enfermero practicante o un quiropráctico certificado/registrado, él/ella está físicamente apto para participar en deportes de la escuela secundaria; y que él/ella tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar.

**CUENTA:** El Departamento de Salud de Colorado recomienda encarecidamente que las personas que participen en eventos deportivos tengan vacunas de refuerzo contra el tétanos vigentes. Se recomiendan vacunas de refuerzo contra el tétanos cada 10 años durante toda la vida. Se recomiendan vacunas de refuerzo en el momento de la lesión si han transcurrido más de cinco años desde la última vacuna de refuerzo.

Si se han producido enfermedades o lesiones importantes, se debe realizar un examen físico más completo. El formulario del examen físico debe estar firmado por un médico, un asistente médico o un enfermero especialista.

Si un estudiante atleta ha sufrido una lesión durante una práctica o una competencia, cuya naturaleza requirió atención médica, no se le debe permitir regresar a la práctica o competencia hasta que haya recibido el alta de un médico en ejercicio.

**CUENTA:** La CHSAA insta a que se realice un examen físico adecuado cuando un estudiante atleta cambia de nivel de competencia, es decir, de Pequeñas Ligas a Escuela Intermedia, de Escuela Intermedia a Escuela Preparatoria.

# CLEAR CREEK HIGH SCHOOL

## ADVERTENCIA PARA ESTUDIANTES Y PADRES

LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA PUEDE PRODUCIR LESIONES GRAVES, CATASTRÓFICAS Y QUIZÁS FATALES.

Por su propia naturaleza, el atletismo competitivo puede poner a los estudiantes en situaciones en las que pueden ocurrir ACCIDENTES GRAVES, CATASTRÓFICOS y, quizás, FATALES.

Muchas formas de competición atlética dan lugar a contacto físico violento entre jugadores, el uso de equipamiento que puede provocar accidentes, esfuerzo físico extenuante y otras numerosas exposiciones al riesgo de lesiones.

Los estudiantes y los padres deben evaluar los riesgos que implica dicha participación y tomar la decisión de participar a pesar de esos riesgos. Ninguna instrucción, precaución o supervisión eliminará totalmente todo riesgo de lesión. Así como conducir un automóvil implica tomar decisiones que entrañan riesgos, la participación en deportes por parte de estudiantes de secundaria también puede ser inherentemente peligrosa. La obligación de los padres y los estudiantes de tomar esta decisión de participar no se puede exagerar. Ha habido accidentes que resultaron en muerte, paraplejía, cuadriplejía y otros impedimentos físicos permanentes muy graves como resultado de la competencia atlética.

Al otorgar permiso para que su estudiante participe en competencias deportivas, usted, el padre o tutor, reconoce que existen dichos riesgos.

Al elegir participar, usted, el estudiante, reconoce que existe dicho riesgo.

Se instruirá a los estudiantes sobre la técnica adecuada que se debe utilizar en la competencia atlética y sobre el uso adecuado de todo el equipo que se use en la práctica y la competencia. Los estudiantes deben cumplir con esa instrucción y uso y deben abstenerse de usos y técnicas indebidas.

Como se dijo anteriormente, ninguna cantidad de instrucción, prevención y supervisión eliminará totalmente todo riesgo de lesiones graves, catastróficas o incluso fatales.

Si no comprende completamente alguno de los puntos anteriores, comuníquese con el director de su escuela para obtener más información.

**Firme a continuación, haga una copia para sus registros y devuelva el original a su escuela.**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Deporte(s):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esto reconocerá que hemos leído y comprendido el material contenido en el AVISO A ATLETAS Y PADRES O TUTORES.**

**Firmado/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Padre, Madre o Tutor**

**Firmado/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Estudiante**



# INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES (DEBE COMPLETAR)

5

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Celular (Madre) \_\_\_\_\_ Celular (Padre) \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número de seguro social (opcional) \_\_\_\_\_

A los padres: Para que podamos ser de mayor servicio a su hijo en caso de accidente o enfermedad repentina, es necesario que nos proporcione la siguiente información.

**Por favor indique la relación legal con el estudiante:**

\_\_\_ Madre \_\_\_ Madrastra \_\_\_ Tutor \_\_\_\_\_ (Nombre) Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_ Padre \_\_\_ Padrastra \_\_\_ Tutor \_\_\_\_\_ (Nombre) Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) con quien(es) vive el estudiante: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA EN EL QUE NO SE PUEDE LOCALIZAR A NINGÚN PADRE, LLAME AL:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO MÉDICO

En el caso de que los intentos razonables de comunicarse conmigo o con los contactos de emergencia en los números de teléfono enumerados anteriormente no hayan tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para:

- El traslado del niño a \_\_\_\_\_ (hospital preferido) o cualquier hospital razonablemente accesible.
- ¿Tiene seguro de ambulancia? Sí / No ¿Con quién? \_\_\_\_\_

La escuela intentará comunicarse con una de las personas mencionadas anteriormente, pero si no se puede contactar con ninguna de ellas, la enfermera de la escuela, el director o el maestro a cargo tienen nuestro permiso para usar su discreción para obtener ayuda médica en caso de emergencia. SE ENTIENDE QUE NI LA ESCUELA NI LA PERSONA RESPONSABLE DE OBTENER ESTA AYUDA MÉDICA SERÁN RESPONSABLES DE LOS GASTOS INCURRIDOS. Esta autorización no cubre la cirugía. En tales casos, se aplicarán las disposiciones de la Ley de Colorado que rigen el consentimiento informado y cualquier otra autorización que pueda requerir la ley.

Los datos relativos al historial médico del niño, incluidas alergias, medicamentos y cualquier impedimento físico sobre el cual se debe informar a un médico, se detallan en el reverso de este formulario en Información de salud.

Si el padre/la madre/tutor no otorga este consentimiento, la escuela llamará al 911 en caso de que se indique atención médica inmediata.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

## SEGURO PARA ESTUDIANTES

La escuela tiene la responsabilidad moral de alentar a cada participante en deportes a que esté cubierto por una póliza de seguro contra accidentes. La escuela no ofrece una póliza; sin embargo, ofrece una opción de seguro en la que los estudiantes pueden participar voluntariamente. Si decide contratar la opción de seguro de la escuela, la póliza debe pagarse antes de que comience la práctica de ese deporte. Por favor indique uno de los siguientes:

1. Llevaré la opción de póliza que ofrece la escuela.
2. Tengo una póliza que no es del seguro escolar. Asumiré la responsabilidad de los costos incurridos durante la participación deportiva. La compañía de seguros que utilizaré es \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDADES Y EXPECTATIVAS PARA LOS PADRES DE ATLETAS CCMS

1. Ser un modelo positivo a seguir en términos de apoyo a todos los atletas participantes (incluidos los oponentes) y demostrar un espíritu deportivo adecuado hacia todos los fanáticos, participantes y oficiales.
2. Asuma la responsabilidad de apoyar el descanso, la dieta, los hábitos de estudio y las elecciones en general de su estudiante/atleta que lo ayudarán a comprometerse con nuestros valores fundamentales (DIGGERS) y seguir el contrato deportivo de CCHS.
3. Lea la copia gratuita del folleto “El papel de los padres en el atletismo” de Bruce Brown y comprenda que Clear Creek High School apoya las filosofías y los roles descritos para los padres en el folleto.
4. Incentive a su estudiante a defenderse por sí mismo en términos de resolver los problemas y enfrentar la adversidad que conlleva participar en actividades deportivas.
5. Entienda que, como padre, si siente la necesidad de abordar una situación relacionada con su estudiante, deberá seguir la cadena de mando. Comience con el entrenador y avance hasta el director deportivo, el director y el superintendente. Las inquietudes que es apropiado discutir con su entrenador son:
  - a. El tratamiento/salud/seguridad mental y física de su estudiante.
  - b. Preocupaciones sobre el comportamiento de su estudiante.
  - c. Maneras de ayudar a su hijo/a a mejorar.
  - d. Preguntas, inquietudes o aclaraciones sobre el equipo, la escuela o las reglas de la CHSAA.

Por la presente, he leído y comprendido las expectativas anteriores establecidas por Clear Creek High School para los padres de un estudiante deportista. Entiendo que la asistencia a los eventos patrocinados por CHSAA es un privilegio que se debe ganar y no un derecho, y que las acciones inapropiadas o una expulsión se tratarán de la misma manera que se tratarían las acciones inapropiadas de un jugador/participante o una expulsión en los eventos de CHSAA.

Fecha:  /  /       Firma del Padre/Madre/Tutor:

Fecha:  /  /       Firma del Padre/Madre/Tutor:

## RESPONSABILIDADES Y EXPECTATIVAS PARA ATLETAS DEL CCHS

1. Comprenda que es su responsabilidad informar a su entrenador principal, enfermera escolar y/o director deportivo sobre cualquier lesión o conmoción cerebral que sufra dentro o fuera del campo.
2. Asume la responsabilidad de tu descanso, dieta, hábitos de estudio y elecciones en general que te ayudarán a comprometerte con nuestros valores fundamentales (DIGGERS) y seguir el contrato deportivo del CCHS.
3. Los estudiantes deben recibir las tareas perdidas con anticipación cuando falten a clases por un evento deportivo.

Por la presente, he leído y comprendido las expectativas anteriores establecidas por Clear Creek High School para un estudiante atleta.

Fecha:  /  /       Firma del Estudiante:



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 8/24

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

**Información de Estudiante** (a ser completada por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Proveedor de atención médica familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

### Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.							
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?			9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?			11	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en ¿Tu pecho durante el ejercicio?			12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?						



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / / Escuela: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?			26	¿Te preocupa tu peso?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón? ¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?			27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?			28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No	29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?			Explique las respuestas afirmativas aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?						
19	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa? ¿En la zona de la ingle?						
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?						
21	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?						
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?						
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?						
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?						
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?						

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

*Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.*

*El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.*

**3**

Revisado 8/24

## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. *(marque la casilla si está completa)*

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
BP: / ( / )	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/
	Corregido:	Sí No
MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)</li> </ul>		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupilas de los ojos iguales</li> <li>Oído</li> </ul>		
Ganglios linfáticos		
Corazón <ul style="list-style-type: none"> <li>Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)</li> </ul>		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> <li>Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo</li> </ul>		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso</li> </ul>		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



**EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 1)**  
**ENVÍE SOLO ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA**

*El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.*

**Revisado 8/24**

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA**

**Información del estudiante** (debe ser completada por el estudiante y los padres) *impresa de manera legible*

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Género : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular de contacto de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
 Proveedor de atención médica familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: ( ) \_\_\_\_\_

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(use una hoja adicional, si es necesario)*
- Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

No es médicamente elegible para ningún deporte

*Recomendaciones: (utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: / / \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
 Firma del Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_ Credenciales: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.**

Anote cualquier historial médico que sea relevante para la participación en deportes competitivos. *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

- Alergias/Anafilaxia  Asma  Cardíaco/Corazón  Convulsión cerebral  Diabetes  Enfermedad por calor Historial  quirúrgico ortopédico
- rasgo  de células falciformes  Salud mental  N/A – No hay información médica relevante para divulgar

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Explicar: \_\_\_\_\_

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

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

**Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.**