

NEW MEXICO ACTIVITIES ASSOCIATION

6600 PALOMAS AVE. NE
ALBUQUERQUE, NM 87109
PHONE: 505-923-3110
FAX: 505-923-3114



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA FORMA

El consentimiento de los padres para atletas menores generalmente se requiere para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de heridas y enfermedades, junto con decisiones sobre el retorno a jugar después de una herida o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para proporcionar el consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y seguridad de los atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor.

En consecuencia, como miembro de la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas en inglés),

_____ (nombre de la escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que un padre / tutor legal dé su consentimiento por escrito para la prestación de la medicina deportiva necesaria servicios a su atleta menor por parte de un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado por la escuela / distrito / NMAA, en la medida en que QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante / atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador atlético, un médico / médico osteópata, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia del estado de Nuevo México (o el estado en el que se encuentra el estudiante / atleta en el momento en que ocurre la herida / enfermedad) y quién está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Nuevo México. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico o un técnico médico de emergencias certificado, pero solo con el propósito de proporcionar atención y transporte de emergencia según lo estipulado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE O TIPO

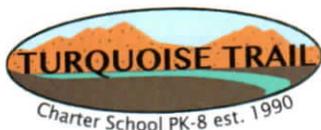
“Yo, _____ el abajo firmante, soy el padre / tutor legal de,

_____, un menor y estudiante-atleta en _____

(nombre de la escuela o distrito) que pretende participar en deportes y / o actividades interescolares. Entiendo que la escuela / distrito / NMAA puede emplear o designar QMP's (como se definió anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se definió anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela / distrito, durante las cuales otros QMP son responsables por proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para que preporcione servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el retorno al juego de acuerdo con el alcance de la práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Nuevo México lo limite. También entiendo que la documentación correspondiente a cualquier servicio de medicina deportiva que se preporciona al menor antes mencionado, puede ser mantenida por el QMP. Por la presente autorizo al QMP que preporciona dichos servicios al menor antes mencionado para que divulgue dicha información sobre la herida / enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de vuelta al juego del atleta a aquellos que, según el criterio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y una recuperación de la herida / enfermedad, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores, al director deportivo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del salón de clases que tenga que proporcionar alojamiento académico para asegurar la recuperación y el retorno seguro de la actividad del estudiante atleta, y cualquier QMP que lo trate.

Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la herida o enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una herida / enfermedad deben ser tomadas por el QMP empleado / designado por la escuela / distrito / NMAA.”

Fecha: _____ **Firma:** _____



Turquoise Trail Charter School
Reconocimiento y Acuerdo
Para estudiantes
Participación en actividades extracurriculares.

RECONOCIMIENTO

Al firmar este documento, el estudiante y sus padres / tutores reconocen y aceptan lo siguiente:

- I. Beneficios de participación de los estudiantes: los beneficios de la participación de los estudiantes en actividades extracurriculares, co-curriculares, intramurales y deportivas ("actividades extracurriculares") pueden durar toda la vida. Los estudiantes pueden estirarse en todos los sentidos en un entorno estructurado, mientras aprenden y practican habilidades multipropósito, responsabilidad personal, autodisciplina, respeto por sí mismos, respeto por los demás, colaboración y liderazgo.
- II Mayor nivel de conducta: dado que los estudiantes participantes son vistos como modelos a seguir entre sus compañeros y sirven como representantes de su escuela, se les exige un mayor nivel de conducta. Se espera que los estudiantes participantes se representen a sí mismos y a sus coparticipantes, entrenadores / instructores, en la escuela, con honestidad, integridad y carácter.
- III. Conducta durante todo el año y dentro y fuera del campus: Se espera un estándar de conducta más alto: 1. Tanto dentro como fuera del campus. 2. durante todo el año durante 12 meses. 3. Como condición de participación en actividades extracurriculares. Para una mejor comprensión de las expectativas de comportamiento, la participación de los estudiantes y los padres / tutores son responsables de familiarizarse con los términos de este Acuerdo, las Expectativas de Comportamiento del Estudiante, los estatutos y políticas de la Asociación de Actividades de Nuevo México y las políticas relevantes del Consejo de Gobierno, todo lo cual solicite a los estudiantes participantes; solicite a su coordinador escolar enlaces o copias del sitio web si los necesita.

ACUERDO

Al firmar este documento, el estudiante y sus padres / tutores aceptan que el estudiante:

1. Mantener un promedio de calificaciones de 2.0 o más y sin "F";
2. Asistir a un mínimo de medio día escolar para participar en una práctica, ensayo, reunión, actuación, competencia, juego u otro evento programado para la misma fecha;
3. Sea puntual y respetuoso y actúe sobre la base del bienestar, la cohesión y el mejor interés del grupo, los otros participantes, la escuela; y
4. Complete, dentro de los plazos aplicables, todos los demás formularios requeridos para la participación: para estudiantes atletas, los formularios incluyen un físico deportivo, suposición y reconocimiento de riesgo, certificado de conmoción cerebral y autorización médica.

Al firmar este documento, el Estudiante y sus Padres / Tutor (s) acuerdan que el Estudiante NO:

1. Poseer, usar, consumir o distribuir tabaco, alcohol o drogas;
2. Participar en una conducta que viole las Expectativas de comportamiento del estudiante;
3. Involucrarse en novatadas o conductas que podrían resultar en arresto o cargos criminales por delitos menores o graves, sin importar si el enjuiciamiento o condena resulta y
4. Participar en una conducta que el entrenador / instructor, el Director de Atletismo y Actividades, o el Administrador Principal considere que viola este Reconocimiento y Acuerdo o el espíritu de buen espíritu deportivo.

El estudiante y sus padres / tutor (s) entienden además que:

1. Las consecuencias por la violación del Acuerdo pueden variar desde una advertencia verbal hasta la suspensión de cualquier actividad y la prohibición de participar en todas las actividades durante la temporada del resto del año escolar;
2. Se pueden aplicar todas las posibles consecuencias discutidas en las Expectativas de comportamiento del estudiante; y
3. El director (s) o el administrador principal pueden aplicar y hacer cumplir expectativas de comportamiento adicionales, intervenciones y consecuencias, dependiendo de la actividad y las circunstancias y la naturaleza y gravedad de la conducta.

Nombre del estudiante

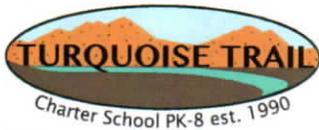
Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha



Turquoise Trail Charter School
Consentimiento paterno
Y
Liberación de responsabilidad

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación del estudiante _____
Por la presente certificamos que el estudiante mencionado anteriormente, nacido _____, matriculado en el grado _____ en la Escuela Turquoise Trail Charter, tiene nuestra aprobación para participar en los programas deportivos y deportivos, dentro o fuera de las instalaciones escolares dentro o fuera del condado de Santa Fe. Somos plenamente conscientes de que al participar en actividades deportivas existe el riesgo de lesiones graves o la muerte, y se nos ha advertido del peligro inherente de la participación deportiva. Nosotros, para nosotros y nuestros sucesores en interés, liberamos al Consejo de Gobierno, sus agentes, empleados y representantes por cualquier reclamo relacionado con pérdidas de cualquier naturaleza que podamos tener en este momento o en cualquier otro momento en el futuro. de la actividad deportiva y deportiva en la que participará nuestro hijo.

Reconocemos que la política de TTCS es negarle a cualquier estudiante el privilegio de participar en el programa deportivo y deportivo hasta que se haya archivado una copia debidamente ejecutada del consentimiento de los padres y la exención de responsabilidad en los registros escolares, junto con un historial médico y un formulario físico anual. firmado por un médico, antes del primer día de participación.

Además, autorizamos a cualquier agente, representante o empleado de Turquoise Trail Charter School a dar su consentimiento y a cualquier persona médica a administrar cualquier tratamiento médico a su hijo que pueda parecer razonable para el tratamiento de cualquier lesión o dolencia que pueda sufrir su hijo. en relación con un programa deportivo o deportivo. Además, reconocemos que cualquier reclamo que surja de una lesión a su hijo debe ser presentada y pagada por nosotros, no debe ser presentada o pagada por Turquoise Trail Charter School. De conformidad con este entendimiento, por la presente damos a conocer lo siguiente:

Marque uno:

_____ Hemos comprado un plan de seguro contra accidentes para estudiantes
(Nombre completo del estudiante) _____
(Solicitud completa y cheque o giro postal para la prima adjunta a este formulario)

_____ Tenemos un seguro médico familiar que cubre (nombre completo del estudiante) _____ con sustancialmente la misma protección prevista en el Plan de Accidentes Estudiantiles y no desea tener cobertura de seguro adicional.
Nombre de la compañía de seguros: _____
Habla a: _____
Número de póliza: _____

_____ Tenemos acceso al Indian Hospital, que también incluye el acceso para (Nombre completo del estudiante) _____ y deseamos no tener cobertura de seguro adicional u otra protección financiera.

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Fecha de nacimiento

Nombre del padre o tutor

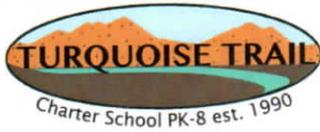
Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del contacto de emergencia

Número de teléfono

Relación



Turquoise Trail Charter School
Código de Conducta
Formulario de acuse de recibo

Derechos y responsabilidades del alumno

Cada estudiante tiene derecho a aprender en un ambiente de aprendizaje positivo y respectivo.

Cada estudiante tiene un papel en lograr esto. Para ayudar a promover una cultura escolar positiva donde cada estudiante pueda crecer académica y personalmente, se espera que cada estudiante:

1. Asistir y participar en todas las clases todos los días; y llegar a tiempo
2. Prepárese para cada clase con los materiales apropiados y las tareas completadas.
3. Utilice siempre las computadoras, la tecnología, los teléfonos celulares y las redes sociales de manera responsable
4. Entender que los teléfonos celulares deben estar apagados durante el tiempo de instrucción a menos que el maestro diga lo contrario.
5. Conocer y obedecer las reglas escolares y las Expectativas de comportamiento, particularmente cuando está en la escuela; en eventos patrocinados por la escuela; y en vehículos escolares.
6. Respete los derechos, sentimientos y propiedades de los compañeros, padres, maestros, personal, voluntarios, invitados y la comunidad circundante.
7. Buscar soluciones pacíficas al conflicto; alentar a los compañeros a hacer lo mismo; y busque ayuda de un adulto si un conflicto sigue sin resolverse.
8. No intimides ni intimides a nadie de manera cibernética; e informar a un adulto de intimidación o acoso cibernético.
9. Asumir la responsabilidad de su propio comportamiento.
10. Cooperar con los maestros y el personal en la investigación de asuntos disciplinarios.
11. No traiga nada que sea o parezca un arma a la escuela o un evento patrocinado por la escuela; alerta a un adulto si otra persona hace esto.
12. No poseer, usar, dar o vender drogas, alcohol, tabaco o armas; alerta y adulto si ves a otra persona hacer esto
13. Cuando vea algo o escuche algo que parezca inseguro, dígame algo a un miembro del personal.
14. No discrimine ni reporte discriminación por género, identidad de género, orientación sexual, raza, origen étnico, origen nacional, estado migratorio, estado socioeconómico, diferencias físicas, condiciones de salud, diferencias familiares o aprendizaje, lingüístico y lingüístico. diferencias
15. Entender que los directores, entrenadores y patrocinadores de actividades extracurriculares pueden desarrollar y hacer cumplir estándares de conducta que son más altos que nuestras Expectativas de comportamiento.

Reconocimiento de estudiante y padre / tutor

Las Expectativas de comportamiento se han escrito para ayudar a cada estudiante a obtener el mayor beneficio posible de su experiencia escolar. Es importante que cada estudiante comprenda las Expectativas de comportamiento y que sus padres / tutores esperen que cumpla con los requisitos. Padre / Tutor, por favor lea las Expectativas de comportamiento en ttschool.org, discútalos con su hijo y dele poder para que lo siga. Si no tiene acceso al sitio web en casa, comuníquese a la oficina principal y le proporcionarán una copia. Gracias por su parte en ayudar a promover un ambiente de aprendizaje positivo.

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha



EXAMEN MÉDICO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO INTERESCOLAR



New Mexico Activities Association
6600 Palomas NE
Albuquerque, NM 87109
www.nmact.org

Nota: La NMAA no necesita una copia de este formulario. Por favor devuelva al Departamento Atlético de la escuela.

Información de emergencia – Padres por favor llene antes de examen.

Nombre del estudiante atleta (Último, primero, M.I.):				
Domicilio:				Grado de:
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	
FECHA DE NACIMIENTO:				EDAD:
Nombre del padre o tutor				
Domicilio:				Teléfono:
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	Trabajo:
				Célula:
Contacto de emergencia				Teléfono:
<i>Nombre</i>		<i>relación</i>		Trabajo:
				Célula:
Dirección:				
<i>Calle</i>	<i>ciudad</i>	<i>estado</i>	<i>Zip</i>	
Seguro del participante: Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes / lesiones antes de la participación.				
_____		_____		_____
Compañía de seguros		Número de póliza		Identificación de grupo
DEPORTE/ACTIVIDAD ESTUDIANTE PARTICIPARÁ EN (MARQUE TODOS QUE APLICAN)				
Deportes y actividades				
<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Cheer	<input type="checkbox"/> Football	<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/> Volleyball
<input type="checkbox"/> Basketball	<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Wrestling
<input type="checkbox"/> Bowling	<input type="checkbox"/> Dance	<input type="checkbox"/> Soccer	<input type="checkbox"/> Track/Field	<input type="checkbox"/> Other _____
<p>Por favor responder todas preguntas de la historia de la salud en la página siguiente antes de su visita al médico. Por favor llene la información personal del estudiante atleta (nombre, género y fecha de nacimiento) en cada página del formulario y devolver todo el paquete al Departamento Atlético de la escuela.</p>				

Gestión de la conmoción cerebral

Una conmoción cerebral es una alteración en la función del cerebro que puede ser causada por un golpe en el cuerpo o la cabeza y puede ocurrir en cualquier deporte o actividad. Los efectos de una conmoción cerebral pueden incluir una variedad de síntomas (dolor de cabeza, náuseas, mareos, pérdida de memoria, problemas de equilibrio) con o sin pérdida de conciencia. Entiendo que se establece un protocolo de gestión de la conmoción cerebral que incluye atención y volver a jugar criterios.

Firma del estudiante

fecha

Padre o Tribunal nombrado Tutor Legal firma

fecha

■ 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 (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

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	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	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?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
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?		

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

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)?		
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)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
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?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

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?		
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?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES		
	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

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: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ 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) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

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

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports 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



CONMOCION EN DEPORTES

Una Hoja Informativa para Padres y Atletas

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una concusión es una lesión que cambia cómo funcionan normalmente las células en el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que hace que el cerebro se mueva rápidamente dentro del cráneo. Aún, un “tope de cabeza” o “sentirse como mareado,” o lo que parece ser un mediano golpe en la cabeza pueden ser serios. Conmociones pueden ser el resultado de una caída o de jugadores chocándose con otro atletas o con obstáculos, como un poste.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN

Observado por el atleta

- Dolor de cabeza
- Nausea o vomitina
- Problemas de equilibrio o mareos.
- Visión doble o borrosa
- Molestado por luz
- Molestado por ruido
- Sentimiento moroso, tarantado o mareado
- Problemas en prestando atención
- Problemas en recordando
- Confusión
- No “se siente bien”

Observados por los padres/ tutores

- Está confundido acerca de cesión o posición
- No está seguro del partido, el tanteo, o oponente
- movimiento torpe
- Contesta preguntas despacio
- Falta conciencia (poco tiempo)
- Muestra los cambios de comportamiento o personalidad. No puede recordarse de lo que pasó después de una caída o un golpe
- Aparece atontado o aturdido

QUÉ HACER SI LAS SEÑALES/LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁN

Atleta

- ¡INMEDIATAMENTE, DIGALE A SU ENTRENADOR!
- Dígle a sus padres
- Busca atención Medical
- Darse tiempo para recuperar

Pariente/ Tutor

- Busca atención de Medico
- Mantenga a su hijo fuera de juego
- Discutir un plan para volver a participación con su entrenador

Es mejor perder un partido que toda la temporada.

Tomase tiempo para recuperar. Si usted ha tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro todavía esta sanando, es mucho mas probable a tener una segunda conmoción. Conmoción cerebral de Segundo o posterior puede causar daño al cerebro. Es importante descansar hasta la aprobación de un médico o un médico profesional para volver a jugar.

VOLVER A PAUTAS DE JUEGO EN SB38

1. Eliminar inmediatamente de la actividad cuando muestra señales o tiene síntomas.
2. No debe volver a la actividad antes de un mínimo de 240 horas (10 días).
3. Liberación de un médico profesional requerido para el retorno. Siga el retorno del distrito escolar para reproducir las pautas.
4. Entrenadores continúan supervisar para las muestras/síntoma desde atléticos vuelva a actividad.

Los estudiantes necesitan descanso cognitiva desde el aula, los mensajes de texto, teléfonos celulares, etc.

REFERENCIAS EN EL PROYECTO DE LEY SENADO 38 Y LESIONES CEREBRALES

Senate Bill 38:

<https://www.nmlegis.gov/Sessions/17%20Regular/final/SB0038.pdf>

Para más información sobre lesiones cerebrales consulte los siguientes sitios web:

<http://nfhslearn.com/courses/61059/concussion-for-students>

<http://www.nfhs.org/resources/sports-medicine>

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

<http://www.stopsportsinjuries.org/concussion.aspx>

<http://www.ncaa.org/health-and-safety/medical-conditions/concussions>



FIRMAS

Al firmar abajo, el padre / guardián y el atleta reconocen lo siguiente:

- ♦ Ambos han recibido y revisado la hoja de datos de Atletismo y Padres de la NMAA en Concusión en Deportes.
- ♦ Ambos comprenden los riesgos de lesiones cerebrales asociadas con la participación en la actividad atlética de la escuela, y son conscientes de la Ley del Estado del Senado de Nuevo México 38; Ley de concusión.
- ♦ El atleta ha recibido entrenamiento de lesión cerebral de acuerdo con la Ley 38 del Senado.

Firma de Atleta

Escriba Nombre

Fecha

Firma de Padres/ Tutor

Escriba Nombre

Fecha