

**LEE COUNTY SCHOOLS**  
**FORMULARIOS DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN**

Nombre del Estudiante Deportista \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_

Ciclo/Año Escolar \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ **Página A**            **Nombre, edad y sexo en el margen superior. Todas las respuestas.  
Firma del padre y del estudiante al pie de página.**
- \_\_\_\_\_ **Página B**            **Completada por un médico.  
Tiene la fecha del examen médico y el casillero “Aprobado” marcado.  
Firma y sello del médico.**
- \_\_\_\_\_ **Página C**            **Información de Emergencia / Autorización de Tratamiento Médico / Autorización de  
Publicación de Imagen y Entrevista del Estudiante, completo y firmado por el padre.**
- \_\_\_\_\_ **Página D**            **Formulario de Autorización de Elegibilidad de la *NCHSAA*, firmada por el estudiante y  
uno de sus padres.**
- \_\_\_\_\_ **Página E**            **Notificación de Seguro Médico con el nombre de la empresa y número de póliza.  
Nombre del estudiante y firma del padre al pie de página.**
- \_\_\_\_\_ **Página F**            **Información sobre el Seguro Médico / Acuerdo de Exención completo  
firmado por el estudiante y el padre al pie de página.**
- \_\_\_\_\_ **Página G**            **El estudiante ha leído y firmado el Compromiso del Estudiante Deportista.**
- \_\_\_\_\_ **Página H**            **Los padres han leído y firmado el Compromiso del Padre del Estudiante Deportista.**
- \_\_\_\_\_ **Página I**            **El Permiso de los Padres ha sido completado y firmado por el padre.**
- \_\_\_\_\_ **Página J**            **Contrato de Jugador del Equipo (opcional)**
- \_\_\_\_\_ **Página K**            **Nombre del estudiante deportista y su padre en el encabezado de la página.  
El deportista ha leído y puesto sus iniciales a la izquierda de cada enunciado.  
El padre ha leído y puesto sus iniciales a la derecha de cada enunciado que le corresponde.  
El deportista y su padre han firmado y puesto la fecha al pie de página.**

**El estudiante deportista deberá entregar el paquete completo al entrenador ANTES de poder participar o ingresar a una prueba.**

**ASOCIACIÓN DEPORTIVA DE LAS ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE**  
**FORMULARIO DE EXAMEN PARA LA PRE-PARTICIPACIÓN EN DEPORTES**

**Nombre del Estudiante Deportista:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

*El presente formulario incluye un cuestionario para la participación del estudiante en deportes. El mismo no pretende reemplazar el examen médico integral realizado por el médico del estudiante, el cual cubre información de salud preventiva.*

**Instrucciones para el Estudiante Deportista:** Lee las preguntas con tu padre o tutor legal y respóndelas lo mejor que puedas.

**Instrucciones para el Padre:** Sírvase responder las preguntas en su totalidad lo mejor que pueda. En caso de tener alguna duda o no estar seguro de cómo responder una pregunta, consulte al médico. El no revelar información correcta puede poner en riesgo la salud de su hijo/a durante una actividad deportiva.

**Instrucciones para el Médico:** Recomendamos revisar bien la información brindada y clarificar cualquier respuesta afirmativa o incierta.

<b>Explicar toda respuesta a preguntas contestadas con un "Sí" o "No sabe" en el espacio proporcionado más adelante o en una hoja adjunta si hace falta.</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
1. ¿Padece el estudiante alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por el ejercicio), problemas de riñón, etc.]? Enumerar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Toma actualmente pastillas o medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sufre de algún tipo de alergias (medicamentos, picaduras de abejas u otros insectos, látex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el rasgo de células falciformes o rasgo drepanocítico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez un traumatismo craneal, pérdida del conocimiento por golpe en la cabeza, o conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez lesión por calor (insolación) o calambres musculares severos al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha desmayado o estado al borde del desmayo DURANTE el ejercicio físico, una emoción o susto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha desmayado o estado al borde del desmayo LUEGO del ejercicio físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha presentado fatiga extrema (estado exhausto) al hacer ejercicio físico (diferenciándose de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas de respiración o tos durante el ejercicio alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado asma inducido por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez le ha dicho el médico que tenía presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez le ha dicho el médico que tenía una infección cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez el médico le ha mandado a hacer un electrocardiograma u otro examen del corazón, o le han dicho que tenía un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha sentido alguna vez molestia, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio físico, o se ha quejado de sentir el corazón latir demasiado rápido o con un ritmo interrumpido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido convulsiones o le han diagnosticado un problema de convulsiones sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha tenido alguna vez un dolor quemante, punzante o un nervio pinzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido alguna vez problemas oculares o de la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez ha tenido un esguince, dislocamiento, fractura, rotura o inflamación repetida u otra lesión en los huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie Otra: _____			
20. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno alimentario, o le preocupan sus hábitos alimentarios o peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha sido hospitalizado o sometido a cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido algún problema de salud o lesión desde la última evaluación médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. (Marque los enunciados que reflejen la situación del estudiante deportista; explique en el espacio que aparece más adelante.) <input type="checkbox"/> 1. ¿Ha mostrado poco interés o satisfacción en las cosas que hace? <input type="checkbox"/> 2. ¿Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? <input type="checkbox"/> 3. ¿Ha tenido pensamientos negativos, de fracaso personal, o piensa que ha decepcionado a su familia? <input type="checkbox"/> 4. ¿Ha sentido que estaría mejor muerto o ha querido lastimarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HISTORIA FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha sufrido algún miembro de la familia una muerte repentina, inesperada anterior a los 50 años (incluyendo el síndrome de muerte súbita del bebé, accidente automovilístico, ahogamiento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha sufrido algún familiar ataques cardíacos, desmayos o convulsiones sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Padece uno de sus padres o hermanos anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Explique todas las respuestas a preguntas contestadas con "Sí" o "No sabe":** \_\_\_\_\_

*Mi firma al pie del presente formulario indica que he leído y contestado todas las preguntas que en él aparecen de forma completa y veraz a mí entender. Como padre/tutor autorizo asimismo este examen y la participación de mi hijo/a en actividades deportivas.*

Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Firma del Estudiante Deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante Deportista: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ (percentil \_\_\_\_\_) Presión Arterial: \_\_\_\_\_ (percentil \_\_\_\_\_) Pulso: \_\_\_\_\_

Visión D: 20/\_\_\_ Visión I: 20/\_\_\_ Corregida: S N

**Examen de salud (Debe ser realizado por médico, enfermero practicante o asistente médico matriculado/licenciado)**

**COMPONENTES REQUERIDOS PARA TODO EXAMEN**

	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
PULSOS			
CORAZÓN			
PULMONES			
PIEL			
CUELLO/ESPALDA			
HOMBRO			
RODILLA			
TOBILLO/PIE			
Algún otro Problema Ortopédico			

**COMPONENTES OPCIONALES – Deben incluirse si la historia lo indica**

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
ABDOMEN			
GENITALES (VARÓN)			
HERNIA (VARÓN)			

**Autorización:**

- A. Aprobado
- B. Aprobado luego de completar tratamiento/rehabilitación por: \_\_\_\_\_
- \*\*\*C. Adjuntar formulario de autorización médica (condición/problema de salud: \_\_\_\_\_)
- C. No aprobado para deportes:  De Colisión  De Contacto  Sin Contacto \_\_\_\_\_ Vigoroso \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Leve

Motivos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Recomendaciones adicionales/Instrucciones de rehabilitación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del Médico/Profesional Responsable: \_\_\_\_\_ (En imprenta)

Firma del Médico/Profesional Responsable: \_\_\_\_\_ MD DO PA NP (Indique con un círculo)  
 (Se requiere firma y título profesional circulado)

Fecha del examen: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SELLO DEL CONSULTORIO MÉDICO

Teléfono: \_\_\_\_\_

(\*\*\*Las siguientes condiciones no permiten la práctica deportiva sin la debida autorización médica y de los padres: postoperatorios, infecciones agudas, retrasos de desarrollo evidentes, diabetes no controlada, discapacidad visual o auditiva severa, insuficiencia pulmonar, cardiopatía orgánica o hipertensión en etapa 2, hígado o bazo agrandado, condición músculo-esquelal limitante de la capacidad para realizar actividad física de forma segura (síndrome de Klippel-Feil, escápula elevada/deformidad de Sprengel), antecedentes de convulsiones incontrolables, ausencia de/un solo riñón, ojo, testículo u ovario, etc.)

El presente formulario ha sido aprobado por el Comité Asesor de Medicina del Deporte de la Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte (NCHSAA, por sus siglas en inglés) y el Consejo Directivo de la NCHSAA.

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA / AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO / AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE IMAGEN Y ENTREVISTA AL ESTUDIANTE

### Información de emergencia:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio/Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo del Adulto: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

Empresa	Número de Contrato/Grupo
Alergias (de padecer alguna): _____	

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso que ocurra una emergencia médica en mi ausencia, autorizo a la escuela \_\_\_\_\_  
High School a procurar los servicios de emergencia estimados necesarios para atender a mi hijo/a,

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

**Autorización para el Tratamiento Médico:** \_\_\_\_\_ es un estudiante deportista de Lee County Public Schools que podría ocasionalmente necesitar tratamiento por alguna lesión o herida. A fin de que pueda recibir atención de calidad oportuna y eficazmente, autorizo con mi firma a los representantes debidamente constituidos y empleados escolares de Lee County Public Schools a encargarse de obtener los servicios de emergencia o urgencia necesarios para el beneficio y bienestar del estudiante deportista antedicho, con inclusión de tratamientos provistos por el entrenador deportivo certificado. Se acuerda y comprende que los representantes o empleados de Lee County Public Schools reciben a través del presente documento autorización para procurar asistencia y tratamiento médico para el estudiante deportista, y que, en caso de necesitar cirugía, tratarán de contactar al familiar más cercano del estudiante por los medios razonables de comunicación antes de dar la autorización correspondiente. Se acuerda y entiende sin embargo que si dicho familiar no se encontrara disponible o no pudiera estar presente para autorizar la cirugía y el tratamiento relacionado con ella, los representantes debidamente constituidos y empleados escolares de Lee County Public Schools quedan por el presente acuerdo autorizados a solicitar y dar permiso para dicha cirugía y tratamiento del estudiante arriba mencionado. Asimismo se acuerda y entiende que el abajo firmante deja por el presente a criterio de los representantes debidamente autorizados y empleados de Lee County Public Schools la elección de médicos, clínicas u hospitales para el tratamiento de dicho estudiante deportista en caso de emergencia.

**Formulario de Autorización para Publicación de Imagen (foto, video) y Entrevista al Estudiante:** Por el presente confiero a Lee County Public Schools el derecho ilimitado de usar y/o reproducir fotografías, imágenes o la voz de mi hijo/a de forma legal y para actividades de naturaleza promocional o informativa interna y externa del distrito escolar. Autorizo asimismo a representantes de medios de comunicación externos a entrevistar y/o fotografiar a mi hijo/a con relación a cualquier tipo de cobertura mediática en la que Lee County Public Schools participe. De igual modo autorizo la publicación del trabajo y/o imagen de mi hijo/a en páginas de internet e intranet y/o publicaciones de Lee County Public Schools. Comprendo asimismo que con mi firma al pie del presente formulario de autorización, renuncio a todo derecho de compensación actual o futuro relacionado con el uso del o los materiales aquí mencionados.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD, AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE LA NCHSAA, 2018-2019**

**EL PRESENTE DOCUMENTO DEBERÁ SER FIRMADO POR EL ESTUDIANTE DEPORTISTA DE ESCUELA MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN DEPORTIVA DE LAS ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE Y POR SU PADRE O TUTOR LEGAL ANTES DE PODER PARTICIPAR. NO SE AUTORIZA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE SIN SU FIRMA Y LA DE SU(S) PADRE(S)/TUTOR LEGAL.**

He leído, comprendo y reconozco haber recibido las Reglas de Elegibilidad de la Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte (*NCHSAA*, por sus siglas en inglés). Comprendo que el director escolar y/o director deportivo guardan en sus archivos una copia del manual de la asociación deportiva antedicha, la cual podré revisar en su totalidad, si tal fuera mi decisión. Sé que la escuela a la que pertenezco es miembro de la *NCHSAA* y que deberé obedecer todas las reglas que rigen los programas deportivos interescolares, con inclusión de, a título enunciativo, las reglas federales y estatales, la normativa local y la establecida por la *NCHSAA*. Comprendo que la normativa local podría ser más exigente que la impuesta por la *NCHSAA*, y me comprometo a obedecer las reglas de mi escuela y de la *NCHSAA*, y respetar sus decisiones. Reconozco y comprendo que la participación en deportes interescolares constituye un privilegio y no un derecho. Comprendo que el desempeño escolar, abandonar un curso o tomar cursos a través de otras opciones educativas podría afectar la elegibilidad y el cumplimiento de los estándares académicos de la *NCHSAA*.

**CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE**

Como estudiante deportista comprendo y acepto las responsabilidades mencionadas a continuación:

- Respetar los derechos y convicciones de los demás, y tratar a todos con cortesía y consideración.
- Asumir plena responsabilidad por mis actos y sus consecuencias.
- Respetar la propiedad de los demás.
- Respetar y obedecer las reglas de la escuela y la normativa local, estatal y federal.
- Respetar a las personas responsables del cumplimiento de las reglas de la escuela y de la normativa local, estatal y federal.
- Comprendo que el estudiante cuyo carácter o conducta violen el Código Deportivo o el Código de Conducta Escolar podrá ser declarado inelegible por un período de tiempo a determinar por el director o distrito escolar.

**EL PADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE DEBERÁ FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SOLO SI ESTÁ DISPUESTO A ACEPTAR EL RIESGO DESCRIPTO EN LA SIGUIENTE ADVERTENCIA.** El alumno y el padre/tutor legal reconocen que la participación en deportes interescolares conlleva la exposición a riesgos inherentes, de lesión potencialmente grave, entre ellos, lesiones de cuello, cabeza, columna vertebral, huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, y demás partes del sistema músculo-esquelético, lesión grave o deterioro de otras partes del cuerpo, o efectos sobre la salud y el bienestar general del estudiante, que podrían llegar incluso, en casos excepcionales, a la muerte. Si bien las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, la eliminación total de riesgos resulta imposible. El estudiante deportista y sus padres/tutores legales deberán hacer todo lo posible para reducir los riesgos inherentes. Todo participante deberá respetar las reglas de seguridad, informar cualquier problema físico o de higiene al entrenador, seguir un programa de acondicionamiento apropiado y examinar su equipo personal diariamente.

Autorizo por el presente el tratamiento médico cuando fuera necesario durante el tiempo en el que yo o mi hijo/el menor a mi cargo (“estudiante deportista”) esté bajo la supervisión de un miembro del personal. **Doy mi consentimiento para el tratamiento médico** del estudiante deportista luego de sufrir lesión o problema de salud durante una práctica, torneo o competencia. Entiendo que en caso de **lesión o problema de salud que requiera tratamiento por parte de personal médico y el traslado a un establecimiento**, se harán los intentos razonables para contactar al padre/tutor legal del estudiante deportista menor de edad, pero que, de ser necesario, el estudiante antedicho será tratado y trasladado en ambulancia al hospital más cercano. Autorizo además el uso o divulgación de la información de salud personal del estudiante deportista, en caso de que el tratamiento del problema de salud o la lesión lo requiera.

Entiendo que toda conmoción cerebral es potencialmente seria y que podría provocar complicaciones, entre ellas el daño cerebral prolongado e incluso la muerte, de no ser reconocida y tratada adecuadamente. Entiendo además que de ser removido de una práctica o competencia por sospecha de posible conmoción cerebral, el estudiante a mi cargo no podrá retomar su participación durante el mismo día, debiendo presentar posteriormente una autorización escrita por médico (doctor en medicina convencional o en osteopatía) o entrenador supervisado por médico, a fin de poder hacerlo. Certifico también haber recibido, leído y comprendido la **Hoja Informativa sobre la Conmoción Cerebral de Gfeller-Waller**.

Autorizo por el presente a la *NCHSAA* a utilizar nombre, imagen e información deportiva del estudiante en informes sobre torneos y competencias, literatura promocional de dicha Asociación y demás materiales y comunicados relacionados con el deporte interescolar, y le confiero asimismo el derecho a fotografiar y/o filmar al participante y utilizar además su rostro, imagen, voz y apariencia en exhibiciones, publicidad, propagandas, materiales promocionales o comerciales sin ningún tipo de reserva o límite. No pesa, sin embargo, sobre la *NCHSAA* ninguna obligación de ejercitar los derechos antedichos. Doy también consentimiento para la divulgación por parte de la escuela miembro a dicha Asociación, cuando ésta lo solicitare, de toda documentación del estudiante sobre su elegibilidad deportiva, con inclusión de, a título enunciativo y no limitativo, datos de inscripción, asistencia escolar, estatus académico, edad, disciplina, finanzas, residencia y estado físico. El estudiante y su padre/tutor legal individualmente y a nombre del estudiante, por el presente de manera irrevocable e incondicional liberan, absuelven y eximen, de forma ilimitada a las autoridades, agentes, abogados, representantes y empleados de la *NCHSAA* (colectivamente, los “Exonerados”) de todo tipo de pérdida, reclamo, demanda, acción y causa de acción, obligación, daño, y costos o expensas de cualquier naturaleza (con inclusión de honorarios de abogados) que el estudiante y/o padre/tutor legal pudieren incurrir o sostener respecto de persona, propiedad o ambos, resultantes de, ocurridos durante o de cualquier otro modo relacionados con la participación del estudiante en deportes interescolares que se deba a motivos de negligencia simple o leve por parte de los Exonerados.

**Nuestras firmas al pie del presente documento certifican que hemos leído la información en él incluida, y que autorizamos la participación del estudiante aquí nombrado. El consentimiento y los derechos por el presente otorgados son voluntarios, y podrán ser revocados parcial o totalmente en cualquier momento mediante la presentación por escrito de revocación ante la escuela miembro correspondiente. Sin embargo, reconocemos que cualquier tipo de revocación cancelará automáticamente la elegibilidad del estudiante para participar en deportes interescolares.**

Firma del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Grado que cursa

Fecha

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Revisión: mayo de 2018

**LEE COUNTY SCHOOLS  
ELEGIBILIDAD DEPORTIVA - ESCUELA MEDIA**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_M\_\_\_F\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Domicilio/Dirección \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN, DEPORTISTA DE LA ESCUELA MEDIA - PROTEGE TU ELEGIBILIDAD** – La responsabilidad de educar y orientar al alumno que practica deportes en cuanto a la reglamentación que gobierna la elegibilidad deportiva interescolar será de los directores de cada escuela. El estudiante deportista y su padre comparten la responsabilidad del cumplimiento de todo reglamento referido a la participación en deportes interescolares.

**Requisitos para la participación en deportes:**

1. Residir en la zona de asistencia escolar de la escuela a la que debe asistir.
2. No superar las 8 inasistencias a clase en la escuela aprobada durante el semestre anterior.
3. Mínimo de 3 de las 4 materias principales y 1 de las otras 2, aprobadas durante el semestre anterior.
4. No podrá participar en un equipo de séptimo u octavo grado el alumno mayor de 15 años al 31 de agosto del año en cuestión.
5. Una vez elegible, el estudiante podrá participar seis (6) semestres consecutivos en deportes interescolares del nivel medio escolar.
6. El estudiante de octavo grado que exceda la edad de participación para la escuela media, será elegible para el nivel de escuela secundaria.
7. A fin de participar en las pruebas de selección, el estudiante deberá tener un certificado de examen de salud cada 395 días firmado por un médico con licencia/matricula que lo habilite en su profesión.
8. Todo futuro deportista deberá presentar certificado de seguro médico o firmar un acuerdo de exención de responsabilidad por gastos médicos respecto de Lee County Schools.
9. El estudiante deberá ser amateur.
10. El comité del Programa de Educación Especial determinará la elegibilidad del estudiante identificado y ubicado en el Programa de Educación Especial.

(Los requisitos 1,2, 3, y 9 alcanzan al rol de administrador, estadista y demás roles de apoyo.)

He leído y comprendo los requisitos generales de elegibilidad deportiva aquí mencionados y se los he comunicado al estudiante deportista a mi cargo. Comprendo que existen otras reglas y disposiciones que regulan la actividad deportiva, por las que asumo responsabilidad. Me comunicaré con el director escolar, director deportivo o entrenador en caso de necesitar mayor información.

Reconozco la posibilidad de riesgo de lesión que implica la actividad deportiva. Incluso bajo el mejor entrenamiento, uso de equipo de protección más avanzado y respeto más estricto de las reglas, entiendo que la posibilidad de lesión existe, y que en ciertos casos, aunque de poca ocurrencia, la misma puede resultar en discapacidad total, parálisis e incluso la muerte. Se trata éste de un riesgo imposible de eliminar.

De conformidad con las reglas y disposiciones referidas a la actividad deportiva interescolar de la Junta de Educación de Carolina del Norte, doy mi consentimiento para la participación del estudiante, de quien soy su padre/tutor, en las actividades deportivas interescolares para las que ha sido aprobado.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante (Imprenta)**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(El presente formulario debe archivar en la oficina del director deportivo; es válido por un año escolar.)

## LEE COUNTY SCHOOLS

**IMPORTANTE: LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DEBERÁ SER FIRMADA Y ENTREGADA ANTES DE QUE SU HIJO/A PUEDA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA.**

PARA: Los padres del Estudiante que Practica Deportes

FECHA: Año Escolar 20\_\_ - 20\_\_

ASUNTO: Seguro Médico para Estudiantes que Practican Actividad Deportes

ESCUELA: \_\_\_\_\_

La Junta de Lee County Schools requiere que todo estudiante que participe en actividades deportivas en los niveles escolares medio o secundario reciba una cobertura contra accidentes. Por lo tanto dicha Junta ha adquirido una póliza de seguro *secundaria* que brinda una cobertura limitada al estudiante que participe en deportes escolares.

Usted debe entender la información que aparece a continuación antes de autorizar la participación de su hijo/a:

1. La cobertura es provista por la empresa Mega Life and Health Insurance Company.
2. La cobertura contra accidentes para estudiantes que participen en deportes es limitada. No siempre cubrirá el accidente. *Automáticamente la cobertura primaria será la provista por los padres. De no tener otro seguro vigente, la provista por la Junta será la primaria.*
3. Ni la Junta de Lee County Schools ni ninguno de sus empleados asumirá responsabilidad alguna por reclamos que resultaren de la lesión del estudiante por su participación en el programa de deportes. Esto significa que el padre será responsable del pago de cualquier tipo de tratamiento que su hijo/a necesite, que no sea cubierto por el Seguro contra Accidentes del distrito o el seguro personal que el padre tuviere.

A título informativo, seleccione uno de los enunciados que aparecen a continuación y entregue esta planilla a la brevedad:

\_\_\_\_\_ Tengo una póliza de seguro personal apropiada y eximo de toda responsabilidad en este asunto a la Junta de Educación de Lee County y sus empleados.

Nombre de la Empresa Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Empresa Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre/Número de Grupo y Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No tengo otro seguro, pero entiendo que seré responsable del pago de todo costo no cubierto por la póliza escolar.

Por la presente otorgo autorización para procurar la ayuda médica o cirugía menor, toma de placas de rayos X e inmunizaciones que fueran necesarias para el/la estudiante cuyo nombre aparece al pie de página. En caso de enfermedad grave, necesidad de cirugía mayor o lesión/herida grave por accidente, entiendo que el médico a cargo hará el intento de contactarme de la forma más expeditiva. Si el médico no pudiera comunicarse conmigo, doy autorización para que dicho/a estudiante reciba el tratamiento necesario en pos de su mayor beneficio.

Como parte de los requisitos de elegibilidad para participar en actividades deportivas interescolares, una vez cada 395 días, el/la estudiante deportista deberá someterse a **EXAMEN MÉDICO/DE SALUD** hecho por profesional con licencia o matrícula que lo habilite para el ejercicio de la medicina. Por la presente, dejo constancia de que mi hijo/a ha cumplido con este requisito y estoy de acuerdo en que participe en actividades deportivas escolares.

**NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN/DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**LEE COUNTY SCHOOLS**  
**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MEDICO/ACUERDO DE EXENCIÓN**

**Información sobre el seguro médico**

**Nombre de la Empresa Aseguradora:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Empresa** \_\_\_\_\_

**Nombre y Número del Grupo** \_\_\_\_\_

**Número de la Póliza o Certificado** \_\_\_\_\_

**Titular de la Póliza de Seguro** \_\_\_\_\_

**Fecha de Vigencia de la Cobertura** \_\_\_\_\_

La Junta de Educación de Lee County Schools aprueba las siguientes disposiciones para el año escolar 20\_\_ - 20\_\_

1. La Junta de Educación de Lee County provee al estudiante un seguro contra “accidentes” de cobertura limitada sin costo para sus padres. El seguro del padre será siempre el primario, mientras que la cobertura escolar sólo secundaria. La empresa aseguradora se llama Mega Life and Health Insurance Company.
2. Todo estudiante deportista (tanto de las escuelas del nivel medio como de Lee County High School y Southern Lee High School) queda cubierto bajo el plan *All Athletic Plan* de Mega Life and Health Insurance Company.

**Riesgo de Lesión:** Reconocemos y comprendemos el riesgo de lesión involucrado en la actividad deportiva. Entendemos que el estudiante estará bajo la supervisión y dirección de un entrenador de deportes de Lee County Schools. Nos comprometemos a seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador a fin de reducir toda posibilidad de riesgo de lesión. Sin embargo, reconocemos y comprendemos que ni el entrenador ni Lee County Schools pueden eliminar el riesgo de lesión existente en la práctica deportiva. Las lesiones pueden y han de ocurrir. Una lesión puede ser severa y en algunos casos causar discapacidad permanente o incluso la muerte. Con plena conciencia, libertad y voluntad aceptamos y asumimos el riesgo de lesión existente en la práctica de actividades deportivas.

**Exención:** En cumplimiento de los requisitos de participación del estudiante deportista en actividades deportivas de Lee County Schools, acordamos liberar de toda responsabilidad por y contra cualquier posibilidad de demanda, juicio o acción legal a Lee County Schools, entrenadores deportivos y demás personal en caso de lesión que pudiera sufrir el estudiante deportista por su participación en deportes, excepto cuando la misma resultara de negligencia grave o deliberada.

He leído y comprendo la información sobre la póliza de seguro médico para estudiantes deportistas de Lee County Schools del año escolar 20\_\_/20\_\_.

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

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



**Compromiso del Estudiante Deportista**

Como estudiante deportista, sé que los demás ven en mí un ejemplo. Si bien hago todo lo posible por ganar, sé bien lo que es el juego limpio. No faltaré el respeto mediante el uso de malas palabras, burla, lenguaje ofensivo, o contacto físico innecesario. Conozco las expectativas de comportamiento de la escuela, mi liga y de la Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte (*NCHSAA*, por sus siglas en inglés) y acepto la responsabilidad y el privilegio de representar a mi escuela y la comunidad como deportista escolar.

---

Firma del Estudiante Deportista

---

Fecha

**Compromiso del Padre del Estudiante Deportista**

Como padre/madre, sé que los demás ven en mí un ejemplo. No olvidaré que los deportes escolares son una extensión del aula que brinda experiencias educativas a los estudiantes. Debo mostrar respeto por los jugadores, entrenadores, espectadores e hinchadas. Alentaré a los equipos de forma constructiva y positiva. Sé bien lo que representan el espíritu deportivo y el juego limpio para la escuela, la liga a la que pertenecemos y la Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte (*NCHSAA*, por sus siglas en inglés). Acepto la responsabilidad de actuar como un buen modelo del espíritu deportivo en mi rol de padre de un deportista escolar.

---

Firma del Padre/Tutor

---

Fecha

# PERMISO DE LOS PADRES

(Completado por el padre o tutor)

He leído y revisado los requisitos generales de elegibilidad deportiva correspondientes al nivel secundario y los he analizado con el estudiante deportista a mi cargo. Comprendo que cualquier consulta adicional o circunstancia específica deberá presentarse al director escolar, director deportivo o entrenador.

Certifico por la presente que el domicilio del padre/tutor que consta a continuación constituye mi residencia legítima única y que notificaré de inmediato al director escolar cualquier cambio de residencia, puesto que dicho cambio podría alterar el estatus de elegibilidad del estudiante deportista a mi cargo. Todo otro dato incluido en el presente formulario es de igual exactitud y actual vigencia.

Reconozco además que existe cierto riesgo de lesión en toda participación deportiva; incluso con el mejor entrenamiento, equipo de protección y el cumplimiento estricto de las reglas, existe la posibilidad de lesión, la cual en ocasiones excepcionales podría ser de severidad tal como para provocar discapacidad total, parálisis o incluso la muerte. Se trata éste de un riesgo imposible de eliminar.

De conformidad con las reglas de la Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte (*NCHSAA*, por sus siglas en inglés) doy, por la presente, consentimiento para la participación del estudiante deportista a mi cargo, cuyo nombre aparece más abajo, en las actividades seleccionadas a continuación:

Béisbol	Golf	Natación
Básquetbol	Atletismo en Pista Cubierta	Tenis
Campo Traviesa	Atletismo en Pista Abierta	Voleibol
Fútbol Americano	Fútbol	Lucha Libre
Sóftbol	Animación/Porrismo/ <i>Cheerleading</i>	

Otras (la escuela agrega a la lista): \_\_\_\_\_

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

Nombre del Estudiante Deportista: (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Domicilio del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

**\*NOTA: La presente declaración deberá archivar en la oficina del director escolar y solo será válida por un año.**

## Gfeller-Waller/NCHSAA – Hoja Informativa sobre la Conmoción Cerebral para el Estudiante Deportista y su Padre/Tutor Legal

**¿Qué es una conmoción cerebral?** La conmoción cerebral es una lesión que se provoca en el cerebro por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Como resultado el cerebro deja de funcionar normalmente. Puede ocasionar el oscurecimiento de la visión o el desmayo. Es producto de una caída, o un golpe en la cabeza o en el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan hacia atrás y adelante rápidamente.

**¿Cómo puedo saber si he sufrido una conmoción cerebral?** Luego de una conmoción pueden presentarse diversos indicios y síntomas. Puede afectar el pensamiento, la sensación física, el estado de ánimo o el sueño. Síntomas:

Pensamiento/Memoria	Sensaciones Físicas	Estado de Ánimo	Sueño
Dificultad para pensar con claridad	Dolor de cabeza	Irritabilidad – mayor tendencia a molestarse	Más ganas de dormir
Decaimiento	Visión confusa o borrosa	Tristeza	Menos ganas de dormir
Dificultad para concentrarse	Náuseas/Vómitos	Cambios de humor más frecuentes	Dificultad para dormir
Dificultad para recordar información nueva	Mareos	Sensación de estar nervioso o preocupado	Cansancio
	Problemas de Equilibrio	Llanto más habitual	
	Sensibilidad al ruido o la luz		

*Tabla del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)*

**¿Qué debo hacer si pienso que he sufrido una conmoción cerebral?** Si tienes alguno de los síntomas que aparecen aquí arriba debes decírselo a tus padres, entrenador, director deportivo o enfermero escolar para que puedan darte la ayuda necesaria. Si un padre nota alguno de estos síntomas, debe hablar con el enfermero escolar o entrenador deportivo.

**¿Cuándo debería preocuparme más?** Si tienes dolor de cabeza que empeora con el tiempo, no puedes controlar los movimientos de tu cuerpo, vomitas seguido o tienes cada vez más náuseas, o si te cuesta hablar, debes decírselo a tus padres, entrenador o maestro inmediatamente para que puedan ayudarte antes de que la situación empeore.

**¿Cuáles pueden ser algunos de los problemas que puedo tener después de una conmoción cerebral?** Puedes tener problemas en tus clases e incluso en las actividades del hogar. Más adelante, especialmente si la lesión no se trata adecuadamente o si regresa a la práctica del deporte demasiado pronto, puede que tengas dificultad para recordar las cosas o prestar atención, o que tengas dolores de cabeza que duren mucho tiempo, o veas cambios en tu carácter o personalidad. Una vez que sufres una conmoción, eres más propenso a sufrir otra.

**¿Cómo puedo saber en qué momento es apropiado regresar a la práctica del deporte después de una conmoción cerebral?** Después de decirle a tu entrenador, tus padres o cualquier otra persona que trabaje en el área de salud, que crees haber sufrido una conmoción cerebral, es probable que te revise un profesional de la salud capacitado para atender a personas que sufren este tipo de lesión. Tu escuela y tus padres te ayudarán a decidir quién debe tratarte y recomendar cuándo podrás regresar a la actividad física/práctica del deporte o el entrenamiento. Tu escuela tendrá una norma que establezca qué hacer en caso de conmoción cerebral. No debes regresar a la práctica del deporte el mismo día de la sospechada conmoción.

***Ningún estudiante debe regresar a un juego o práctica mientras presente signos o síntomas en reposo, o durante / después de la actividad.***

*Esta información es proporcionada por el Centro de Investigación UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Asociación Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad Neuropsicológica de Carolina del Norte y Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Carolina del Norte.*

## Gfeller-Waller/NCHSAA – Conmoción Cerebral – Formulario de Declaración para el Estudiante Deportista y su Padre/Tutor Legal

Instrucciones: El estudiante deportista y su padre o tutor legal deberán poner sus iniciales al lado de cada enunciado indicando haberlo leído y comprenderlo. A tal efecto, el estudiante usará la columna sobre el margen izquierdo del cuadro y el padre/tutor, el derecho. Algunos de los enunciados corresponden solamente al estudiante y solo sus iniciales deberán aparecer. Se deberá completar un formulario para cada estudiante deportista en la familia.

Nombre del Estudiante Deportista: (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre(s) de Padre(s)/Tutor(es) Legal(es): (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Iniciales del  
Estudiante  
Deportista

Iniciales del  
Padre/Tutor  
Legal

	Una conmoción cerebral es una lesión al cerebro de la que debo informar a mis padres/tutores, entrenador(es), o personal médico o de la salud, en caso de haberlo disponible.	
	Una conmoción no se puede “ver”. Algunos de los síntomas pueden aparecer de inmediato; otros, horas o días después de la lesión.	
	Les comunicaré a mis padres, entrenador y/o personal médico cualquier lesión, malestar o enfermedad que sufra.	No corresponde
	Si tengo la impresión de que uno de mis compañeros/as deportistas puede haber tenido una conmoción, se lo deberé decir a mi entrenador(es), padres o personal médico.	No corresponde
	Yo no regresaré/Mi hijo/a no regresará al juego o partido o a la práctica si recibo/recibe un golpe en la cabeza o cuerpo que provoque síntomas indicativos de una conmoción.	
	Yo necesitaré/El estudiante a mi cargo necesitará autorización escrita firmada por un profesional de la salud capacitado en el tratamiento de la conmoción para poder regresar a jugar o practicar luego de una conmoción.	
	Según los datos más recientes, en la mayoría de los casos pasan días o semanas antes de mejorar. La conmoción cerebral puede no desaparecer inmediatamente después de ocurrida. Entiendo que la mejoría es un proceso que podría requerir más de una visita al médico.	
	Entiendo que los médicos de salas o servicios de emergencias no podrán firmar una autorización para regresar a la actividad deportiva, en caso de ser tratado por ellos inmediatamente después de la conmoción.	
	Luego de una conmoción, el cerebro necesita tiempo para reponerse. Comprendo que se puede producir otra conmoción o una lesión al cerebro más grave si yo regreso/el estudiante a mi cargo regresa a la actividad deportiva antes de que los síntomas desaparezcan.	
	En ocasiones, la repetición de una conmoción cerebral puede provocar problemas graves persistentes.	
	He leído los síntomas de conmoción cerebral que aparecen en la Hoja Informativa sobre la Conmoción Cerebral para el Estudiante Deportista y su Padre/Tutor Legal.	
	Si tuve alguna duda sobre los datos o información del presente Formulario de Declaración o de la Hoja Informativa antedicha, consulté a un adulto y/o profesional de la salud para que me la aclarara.	

**Nuestras firmas al pie del formulario dejan constancia de haber leído y comprendido la información en él incluida, habiendo puesto las iniciales de nuestros respectivos nombres en los espacios correspondientes provistos al lado de cada enunciado.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha