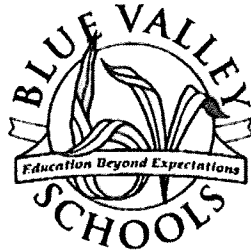


# Blue Valley USD

## 229 Paquete de participación para estudiantes de secundaria

2021-22 (Atletismo, alegría y baile)



### Instrucciones

- Todos los campos de estos formularios se pueden completar digitalmente con la excepción de las firmas y las fechas de firma (no se permiten firmas digitales).
- Imprima, firme a mano y fecha todos los formularios que requieran que el estudiante y / o el padre lo hagan,
- Devuelva el paquete en su totalidad a su escuela.
- Le aconsejamos que haga una copia digital o impresa del paquete para sus propios registros.

### Documentos

A continuación se muestra una lista de documentos incluidos en este paquete. Use esta página como una lista de verificación y asegúrese de que todos los elementos estén completos antes de convertir el paquete en la oficina principal de su escuela.

<b>Nombre del formulario</b>	<b>Página s</b>	<b>/</b>
Formulario de examen físico previo a la participación de KSHSAA	2-7	
Formulario de conmoción cerebral y lesión en la cabeza de KSHSAA	8-11	
Exención de seguro	12	
Liberación y consentimiento de transporte estudiantil	13	

# INSTRUCCIONES DE EVALUACIÓN FÍSICA PREVIAS A LA PARTICIPACIÓN

## ESTUDIANTES/PADRES

1. • Complete la parte del Formulario de historial (páginas 1 y 2) ANTES de su cita con su proveedor de atención médica.
2. • Firme la parte inferior del formulario de historial (página 2).
3. • Complete la sección Información de emergencia compartida en el Formulario de elegibilidad médica (página 4).
4.  Firme la parte inferior del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) DESPUÉS de que se complete la evaluación previa a la participación y ANTES de entregar el EPP completo a la escuela.
5. • Revise la Lista de verificación de elegibilidad del estudiante (página 5) Y FIRME la parte inferior de la página ANTES de entregar el EPP completo a la escuela.
6. • Revise y firme el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesiones en la Cabeza proporcionado por la escuela.

## PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

1. • Revise el Formulario de Historia (páginas 1 y 2) con el estudiante y su padre/tutor como parte de la evaluación física previa a la participación.
2. • Complete el Formulario de Examen Físico (página 3) Y FIRME la parte inferior de la página 3.
3.  Complete el Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) Y FIRME la página 4.

**Nota: ¡El proveedor de atención médica requiere dos firmas!**

## ADMINISTRADORES ESCOLARES

1.  Recoja los formularios de EPP completados con las firmas apropiadas en las páginas 2-5.
2. • Con base en la política de su escuela, determine quién es responsable de revisar y difundir la información médica del estudiante proporcionada en el formulario.\*
3. • Proporcionar copias del Formulario de Elegibilidad Médica al personal apropiado con responsabilidad de supervisión de actividades extracurriculares (entrenadores, patrocinadores, etc.).
4.  Recoja el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesiones en la Cabeza requerido firmado por el estudiante y el padre / tutor.

\* Se alienta a las escuelas a tener políticas que identifiquen quién tiene acceso a la información de salud privada completa de un estudiante que se encuentra en el formulario de EPP. El Formulario de Elegibilidad Médica se puede usar de forma independiente para compartir con el personal que puede no necesitar acceso completo a la información de salud privada que se encuentra en el EPP.

La historia anual y el examen físico no se realizarán antes del 1 de mayo anterior al curso escolar al que sea aplicable. La KSHSAA recomienda completar esta evaluación por parte de los atletas / animadoras al menos un mes antes de la primera práctica para dar tiempo a la corrección de las deficiencias y la implementación de las recomendaciones de acondicionamiento.



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

El EPP se requiere anualmente y no se tomará antes del 1 de mayo anterior al año escolar para el que es aplicable.

## FORMULARIO DE HISTORIA (Las páginas 1 y 2 deben ser llenadas por el estudiante y el padre / tutor antes del examen físico)

Nombre	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
Grado	Escuela	Deporte(s)	
Dirección de inicio		Teléfono	
Médico personal	Correo electrónico de los padres		

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? En caso afirmativa, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores: \_\_\_\_\_

### Medicamentos y alergias:

Por favor, haga una lista de todos los medicamentos recetados y de venta libre, inhaladores y suplementos (herbales y nutricionales) que está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_ || Sin medicamentos

¿Tiene algún alerg?  Sí  No En caso afirmación, identifique la alergia específica a continuación.

- Medicamentos  pólenes  Alimentación -----  Insectos urticantes

¿Cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Rodea las preguntas si no sabes la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES:	Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE USTED:	Sí	No
5. ¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después del ejercicio?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Tu corazón alguna vez se aceleró, revolotea en tu pecho u omite latidos (latidos rregulares) durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Te mareas o sientes más falta de aliento que tus amigos durante el ejercicio?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE SU FAMILIA:	Sí	No
12. ¿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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como omyopatía hipertrófica de la tarjeta C (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador mplantado antes de los 35 años?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS ÓSEAS Y CONJUNTAS:	Sí	No
15. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, articulación del ligamento o tendón que le hizo perderse una práctica o juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías MRI, tomografía computarizada, inyecciones o terapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o acondición que involucre su columna vertebral (cervical, torácica, lumbar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Usa regularmente, o alguna vez ha tenido una lesión que requirió el uso de un aparato ortopédico, muletas, yeso, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene una lesión ósea, muscular, de ligamentos o articular que le molesta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil, otra enfermedad autoinmune u otras afecciones genéticas congénitas (por ejemplo, síndrome de Down o enanismo)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN DE KSHSAA

PREGUNTAS MÉDICAS:		Sí	No	
22. ¿Tose sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
24. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, una protuberancia, una protuberancia dolorosa o una hernia en el área de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o infección cutánea que aparece y desaparece, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿cuántos?				
¿Cuál es el tiempo más largo que tomó para la recuperación completa?				
¿Cuándo fue la última vez que fuiste liberado?				
29. ¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento hormigueo, debilidad en los brazos (incluyendo agujones /quemadores) o piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caer?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. ¿Tienes calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. ¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
34. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
35. ¿Usa gafas protectoras, como gafas o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. ¿Te preocupas por tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
37. ¿Estás tratando de hacerlo o alguien te ha recomendado que ganes o pierdas peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
39. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. ¿Cómo identificas actualmente tu género?	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otros			
41. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (casilla de verificación)	DE NADA	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sentirse deprimido o sin problemas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(Una suma de 3 o más es contras positiva en cualquiera de las subescalas [búsqueda en los puntos 1 y 2, o en las preguntas 3 y 4] a efectos de selección) Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)				
SOLO PARA MUJERES:		Sí	No	
42. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
43. En caso afirmativo, ¿está experimentando algún problema o cambio con la participación atlética (es decir, irregularidad, dolor, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?				
45. ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente?				
46. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?				

Explique todas las respuestas de Sí aquí de las dos páginas anteriores.

Por la presente declaro que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del estudiante-atleta Firma del padre/tutor Fecha



## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN DE KSHSAA

### FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre Fecha de nacimiento

1] Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción

2] Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

• Medicamento eligiol para ciertos deportes

---

• No medicamento elig ble a la espera de una evaluación adicional

• No es medicamento elegible para ningún deporte

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

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física de preparación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el deporte (s) como se describe en este formulario, excepto según lo indicado aove Si las condiciones surgen después de que el atleta ha sido autorizado para la participación, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres o tutores)

Nombre del proveedor de atención médica (impresión o tipo)Fecha:

Firma del proveedor de atención médica: MD, DO, DC o PA-C, APRN

Dirección.Teléfono:

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos:

Otros datos: \_\_\_\_\_

Contactos de emergencia: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de los padres o tutores

Para ser elegible para participar en grupos interescolares de atletismo / espíritu, un estudiante debe tener en el archivo del superintendente o director, una declaración firmada por un médico, quiropráctico, asistente médico que haya sido autorizado para realizar el examen por un médico supervisor con licencia de Kansas o una enfermera registrada de práctica avanzada que haya sido autorizada para realizar este examen por un médico supervisor con licencia de Kansas, certificar que el estudiante ha aprobado un examen físico adecuado y está físicamente en condiciones de participar (Ver Manual de KSHSAA, Regla 7). Se debe realizar una historia completa y un examen físico anualmente antes de que un estudiante participe en el atletismo / porristas interescolares de KSHSAA.

No conozco ninguna razón física existente o de salud adicional que impida la participación en actividades. Certifico que las respuestas a las preguntas en la parte de HISTORIA del Examen Físico previo a la preparación (EPP), son verdaderas y precisas. Apruebo la participación en actividades. Por la presente autorizo la divulgación a la KSHSAA, enfermera escolar, entrenador atlético certificado (ya sea empleado o contratista independiente de la escuela), administradores escolares, entrenador y proveedor médico de la información contenida en este documento. Previa solicitud por escrito, puedo recibir una copia de este documento para mis propios registros personales de atención médica.

Reconozco que existen riesgos de participar, incluida la posibilidad de lesiones catastróficas. Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante anterior compita en actividades aprobadas por KSHSAA, y para acompañar a los representantes de la escuela en los viajes escolares y recibir tratamiento médico de emergencia cuando sea necesario. Se entiende que ni la KSHSAA ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de accidente. El abajo firmante acepta ser responsable de la devolución segura de todo el equipo emitido por la escuela al estudiante.

Firma de \_\_\_\_\_Fecha

*Las partes en este documento acuerdan que una firma electrónica tiene por objeto hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y que tenga la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.*

# ■ ATENCION PADRES Y ALUMNOS: LISTA DE VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD DE KSHSAA

Nombre del estudiante (POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE)

**Nota: La Regla de Transferencia 18 establece en parte, que un estudiante es elegible en cuanto a la transferencia si:**

**ESTUDIANTE DE SÉPTIMO GRADO:** un estudiante de séptimo grado, al comienzo de su año de séptimo grado, es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela a la que elija asistir. Además, también se deben cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

**ESTUDIANTES DE NOVENO GRADO EN LA ESCUELA SECUNDARIA DE TRES AÑOS—** Para que los estudiantes de noveno grado de una secundaria de tres años sean tratados por igual que los estudiantes de noveno grado de una escuela secundaria superior de cuatro años, un estudiante que haya completado con éxito el octavo grado de una escuela secundaria / intermedia de dos años, puede transferirse al noveno grado de una escuela secundaria de tres años al comienzo del año escolar y ser elegible inmediatamente bajo la Regla de Transferencia. Tal estudiante de noveno grado debe entonces, como estudiante de décimo grado, asistir a la escuela secundaria superior de su sistema escolar. Si asisten a una escuela diferente como estudiante de décimo grado, no serían elegibles durante dieciocho semanas.

**INGRESAR A LA ESCUELA SECUNDARIA POR PRIMERA VEZ:** un estudiante de secundaria superior es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela secundaria superior a la que él o ella pueda elegir asistir cuando se ingresa a la escuela secundaria por primera vez al comienzo del año escolar. Además, también se deben cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

## Para que los estudiantes de secundaria / secundaria y preparatoria retengan la elegibilidad

Las escuelas pueden tener reglas más estrictas que las relacionadas con las preguntas anteriores o enumeradas a continuación. Póngase en contacto con el director o el entrenador sobre cualquier asunto de elegibilidad. Un estudiante elegible para participar en actividades interescolares debe ser certificado por el director de la escuela como que cumple con todos los estándares de elegibilidad.

Todas las reglas y regulaciones de KSHSAA se publican en el Manual oficial de KSHSAA que se distribuye anualmente a las escuelas y está disponible en [www.kshsaa.org](http://www.kshsaa.org).

**A continuación se presentan breves resúmenes de las reglas seleccionadas. Consulte a su director para obtener información completa.**

**Regla 7 Evaluación física - Consentimiento de los padres:** los estudiantes deben haber aprobado la evaluación adjunta y tener el consentimiento por escrito de sus padres o tutor legal.

**Artículo 14 Estudiante de buena fe:** los estudiantes elegibles deben ser un miembro de pregrado de buena fe de su escuela en buen estado.

**Artículo 15 Inscripción/Asistencia:** los estudiantes deben estar inscritos regularmente y asistir a más tardar el lunes de la cuarta semana del semestre en el que participan.

**Artículo 16 Requisitos semestrales:** un estudiante no debe tener más de dos semestres de posible elegibilidad en el séptimo grado y dos semestres en el octavo grado. Un estudiante no debe tener más de ocho semestres consecutivos de posible elegibilidad en los grados nueve a doce, independientemente de si el noveno grado está incluido en la secundaria o en una escuela secundaria superior.

*NOTA: si un estudiante no participa o no es elegible debido a transferencia, beca, etc., el semestre (s) durante ese período se contará para el número total de semestres posibles.*

**Regla 17 Requisitos de edad:** los estudiantes son elegibles si no tienen 19 años de edad (16, 15 o 14 para estudiantes de secundaria o secundaria) en o antes del 1 de agosto del año escolar en el que compiten.

**Regla 19 Influencia indebida:** El uso de influencia indebida por parte de cualquier persona para asegurar o retener a un estudiante causará inelegibilidad. Si la matrícula se cobra o se reduce, deberá cumplir con los requisitos de la KSHSAA.

**Reglas 20/21 Reglas de Aficionados y Premios:** Los estudiantes son elegibles si no han competido bajo un nombre falso o por dinero o mercancía de valor intrínseco, y han observado todas las demás disposiciones de las Reglas de Aficionados y Premios.

**Artículo 22 Competencia externa:** los estudiantes no pueden participar en competiciones externas en el mismo deporte durante una temporada en la que representen a su escuela.

*Nota: Consulte al entrenador, director deportivo o director antes de participar individualmente o en un equipo en cualquier juego, sesión de entrenamiento, concurso o prueba realizada por una organización externa.*

**Artículo 25 Anti-Fraternidad—**Los estudiantes son elegibles si no son miembros de ninguna fraternidad u otra organización prohibida por la ley o por las reglas de la KSHSAA.

**Artículo 26 Anti-Prueba e Instrucción Privada:** los estudiantes son elegibles si no han participado en sesiones de capacitación o pruebas realizadas por universidades u otras actividades externas, agencias u organizaciones en el mismo deporte mientras es miembro de un equipo atlético escolar.

**Artículo 30 Temporadas de deporte:** los estudiantes no son elegibles para más de cuatro temporadas en un deporte en una escuela secundaria de cuatro años, tres temporadas en una escuela secundaria de tres años, o dos temporadas en una escuela secundaria de dos años.

## Para que los estudiantes de secundaria / secundaria y preparatoria determinen la elegibilidad al inscribirse

Si se da una respuesta **negativa** a cualquiera de las siguientes preguntas, este inscrito debe comunicarse con su administrador a cargo de evaluar la elegibilidad. Esto debe hacerse antes de que el estudiante pueda asistir a su primera clase y antes de la primera práctica de actividad. Si aún existen preguntas, el administrador de la escuela debe llamar por teléfono a la KSHSAA para una determinación final de elegibilidad. (Las escuelas procesarán un Certificado de Transferencia Formulario T-E en todos los estudiantes transferidos).

- SÍ NO
- ¿Eres un estudiante de buena fe en **buena reputación** en la escuela? (Si hay una pregunta, su director tomará esa determinación).
  - ¿Aprobaste **al menos cinco asignaturas nuevas (las que no se aprobaron anteriormente)** el semestre pasado? (La KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que apruebe **al menos cinco asignaturas de peso unitario** en su último semestre de asistencia).
  - ¿Está planeando **inscribirse en al menos cinco nuevas asignaturas (aquellas que no se aprobaron anteriormente)** de peso unitario este próximo semestre? (La KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que se inscriba y asista a **al menos cinco asignaturas de peso unitario**).
  - ¿Asistió a esta escuela o a una escuela de alimentación en su distrito el semestre pasado? (Si la respuesta es "no" a esta pregunta, por favor responda a las Secciones a y b.)
    - a. ¿Resides con tus padres?
    - b. Si reside con sus padres, ¿se han mudado de manera permanente y de buena fe al centro de asistencia de su escuela?

El estudiante mencionado anteriormente y yo hemos leído la Lista de verificación de elegibilidad de KSHSAA y cómo retener la información de elegibilidad que figura en este formulario. El estudiante / padre autoriza a la escuela a divulgar a la KSHSAA los registros de los estudiantes y otros documentos e información pertinentes con el fin de determinar la elegibilidad del estudiante. El estudiante / padre también autoriza a la escuela y a la KSHSAA a publicar el nombre y la imagen del estudiante como resultado de participar o asistir a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o eventos de KSHSAA.

Firma del padre/tutor Fecha

Firma del estudiante Fecha de nacimiento Fecha de calificación  
Escuela Secundaria de Topeka, 801 SW Commerce Place | Apartado de correos 495 | Topeka, KS 66601 | 275785-5329

Las partes en este documento acuerdan que una firma electrónica tiene por objeto hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y que tenga la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.





**Este formulario debe ser firmado por todos los estudiantes atletas y padres / tutores antes de que el estudiante participe en cualquier práctica o competencia atlética o espiritual cada año escolar.**

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son causadas por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo con la fuerza transmitida a la cabeza. Interrumpen la forma en que el cerebro funciona normalmente. A pesar de que la mayoría de **los síntomas de las conmociones cerebrales se resuelven rápidamente, todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y resultan en complicaciones** que incluyen **daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y manejan el pronerlv.** En otras palabras, incluso un "ding" o un golpe en la cabeza puede ser grave. No se puede ver una conmoción cerebral y la mayoría de las conmociones cerebrales deportivas ocurren sin pérdida del conocimiento. Los signos y síntomas de la conmoción cerebral pueden aparecer justo después de la lesión o pueden tardar horas o días en aparecer por completo. Si su hijo reporta algún síntoma de conmoción cerebral, o si usted mismo nota los síntomas o signos de conmoción cerebral, busque atención médica de inmediato.

**Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:**

- Jaquecas
- "Presión en la cabeza"
- Náuseas o vómitos
- Dolor de cuello
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión borrosa, doble o difusa
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Sentirse lento o ralentizado
- Sensación de niebla o aturdimiento
- modorra
- Cambio en los patrones de sueño

- Amnesia
- "No te sientas bien"
- Fatiga o baja energía
- Tristeza
- Nerviosismo o ansiedad
- Irritabilidad
- Más emocional
- Confusión
- Problemas de concentración o memoria (olvidando las jugadas)
- Repetir la misma pregunta/comentario

**¿Qué puede suceder si el niño mv sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa demasiado pronto?**

Los atletas con los signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados del juego inmediatamente. Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al joven atleta especialmente vulnerable a una lesión mayor. Existe un mayor riesgo de daño significativo por una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que

**Signos observados por compañeros de equipo, padres y entrenadores**

- Parece aturdido
- Expresión facial vacía
- Confundido acerca de la asignación
- Olvida las jugadas
- No está seguro del juego, la puntuación o el oponente
- Se mueve torpemente o muestra descoordinación

**incluir:**

- Muestra cambios de comportamiento o personalidad
- No puedo recordar eventos anteriores a la acción
- No puedo recordar eventos después de la acción
- Convulsiones o convulsiones
- Cualquier cambio en el comportamiento o la personalidad

ocurra esa conmoción cerebral, particularmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera (síndrome de segundo impacto). Esto puede conducir a una recuperación prolongada, o incluso a una inflamación cerebral severa con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los atletas adolescentes o adolescentes a menudo reportan síntomas de lesiones. Y las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es la clave para la seguridad de los estudiantes-atletas.

**Si cree que el niño ha sufrido una conmoción cerebral**

Cualquier atleta, incluso sospechoso de sufrir una conmoción cerebral, debe ser retirado del juego o la práctica de inmediato. Ningún atleta puede volver a la actividad después de sufrir una conmoción cerebral, independientemente de lo leve que parezca o de la rapidez con que los síntomas desaparezcan, sin la autorización médica escrita de un médico (MD) o un doctor en medicina osteopática (DO). La

observación cercana del atleta debe continuar durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que su hijo puede tener una conmoción cerebral Recuerde que es mejor perderse un juego que perderse toda la temporada. **En caso de duda, ¡el atleta se sienta!**

### **Descanso cognitivo Vuelve a aprender**

El primer paso para la recuperación de la conmoción cerebral es el descanso cognitivo. Esto es esencial para que el cerebro sane. Las actividades que requieren concentración y atención, como tratar de cumplir con los requisitos académicos, el uso de dispositivos electrónicos (computadoras, tabletas, videojuegos, mensajes de texto, etc.) y la exposición a ruidos fuertes pueden empeorar los síntomas y retrasar la recuperación. Los estudiantes pueden necesitar que se modifique su carga de trabajo académica mientras se recuperan inicialmente de una conmoción cerebral. Disminuir el estrés en el cerebro desde el principio después de una conmoción cerebral puede disminuir los síntomas y acortar el tiempo de recuperación. Esto puede implicar quedarse en casa de la escuela durante unos días, seguido de un horario escolar aligerado, aumentando gradualmente a la normalidad. Cualquier modificación académica debe coordinarse conjuntamente entre los proveedores médicos del estudiante y el personal de la escuela. No se debe considerar el regreso a la actividad física hasta que el estudiante esté completamente integrado de nuevo en el aula y esté libre de síntomas. En raras ocasiones, un estudiante será diagnosticado con síndrome post-conmoción concusional y tendrá síntomas que duran semanas o meses. En estos casos, se puede recomendar a un estudiante que comience un régimen de actividad física sin contacto, pero esto solo se hará bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica.

### **Procedimientos de conmoción cerebral del Distrito Escolar Blue Valley; Regreso a la práctica y la competición**

La Ley de Prevención de Lesiones en la Cabeza de los Deportes Escolares de Kansas establece que si un atleta sufre, o se sospecha que ha sufrido, una conmoción cerebral o lesión en la cabeza durante una competencia o práctica, el atleta debe ser retirado inmediatamente de la competencia o práctica y no puede regresar a la práctica o competencia hasta que un profesional de la salud haya evaluado al atleta y haya proporcionado una autorización por escrito para regresar a la práctica y la competencia. La KSHSAA recomienda que un atleta no regrese a la práctica o competencia el mismo día que el atleta sufre o se sospecha que sufre una conmoción cerebral. La KSHSAA también recomienda que el regreso de un atleta a la práctica y la competencia debe seguir un protocolo graduado bajo la supervisión del proveedor de atención médica (MD o DO).

Basado en la Ley de Prevención de Lesiones en la Cabeza de los Deportes Escolares de Kansas y la orientación del Centro para el Control de Enfermedades, NFHS y la KSHSAA; todos los estudiantes atletas de Blue Valley que hayan sido diagnosticados con una conmoción cerebral o referidos a un médico por una sospecha de conmoción cerebral debido a su evaluación por parte de un miembro del cuerpo técnico, enfermera escolar o entrenador atlético, **deben cumplir con** el siguiente protocolo para garantizar un regreso seguro a la participación.

1. CADA estudiante enviado a un médico que sospeche una conmoción cerebral completará una progresión de retorno al juego (RTP) de 5 pasos (ver más abajo), Cada paso debe estar separado por 24 horas asintomáticas.
2. Los estudiantes atletas diagnosticados con una conmoción cerebral no comenzarán RTP hasta que estén fuera de todas las adaptaciones académicas.
3. Cuando un estudiante-atleta es completamente asintomático Y es autorizado por un MD / DO, puede comenzar su progresión RTP (siempre que esté fuera de todas las adaptaciones académicas).
4. Las progresiones de RTP en las escuelas secundarias y secundarias serán dirigidas por el entrenador atlético de la escuela.
5. Ciertos médicos pueden requerir que un estudiante-atleta regrese a ellos después del Paso 4 del protocolo RTP para un examen adicional. En este caso, el estudiante atleta no podrá participar en la competencia sin una liberación por escrito del médico con un lenguaje similar al siguiente: "El estudiante-atleta ahora puede participar en la competencia sin restricciones".

Una vez más, todos los estudiantes atletas diagnosticados con una conmoción cerebral o retirados de la participación porque se sospecha que sufren una conmoción cerebral, deben someterse a los protocolos de retorno a la participación de 5 pasos una vez que hayan sido autorizados por el médico (incluso cuando el médico los autoriza para la participación completa).

Por favor, comprenda que el RTP es un proceso de 5 pasos, por lo que lo más temprano que su estudiante-atleta puede esperar regresar a la participación es el 5º día después de que él / ella haya sido liberado para comenzar el RTP. Si el Entrenador Atlético no considera que se completa con éxito cada paso del RTP, la participación se retrasará en consecuencia. El siguiente es el Protocolo RTP de 5 pasos que el Distrito Escolar de Blue Valley seguirá para todos los estudiantes atletas que han sido diagnosticados con una conmoción cerebral o han sido retirados de la participación debido a una sospecha de conmoción cerebral.

**Paso 1:** Ejercicio aeróbico ligero: de 5 a 10 minutos en una bicicleta estática o trote ligero; no hay levantamiento de pesas, entrenamiento de resistencia o cualquier otro ejercicio.

**Paso 2:** Ejercicio aeróbico moderado: 30 minutos de carrera a intensidad moderada en el gimnasio o en el campo sin casco u otro equipo.

**Paso 3:** Simulacros de entrenamiento sin contacto en uniforme completo. Puede comenzar el levantamiento de pesas, el entrenamiento de resistencia y otros ejercicios.

**Paso 4:** Práctica o entrenamiento de contacto completo.

**Paso 5:** Juego completo.

Si los síntomas de una conmoción cerebral vuelven a ocurrir, o si se observan signos y / o comportamientos de conmoción cerebral en cualquier momento durante el programa de regreso a la actividad, el atleta debe suspender toda actividad y ser reevaluado por su proveedor de atención médica.

### **Información importante del proveedor de atención médica**

Tanto la ley del estado de Kansas como la política de BVSD sobre el manejo de conmociones cerebrales, comenzando con el RTP, y el regreso a la participación completa **DEBEN SER POR ESCRITO Y APROBADOS POR UN MD / DO**. Cualquier otro profesional de la salud **NO PUEDE** aprobar legalmente el regreso al juego.

Para obtener información actualizada y actualizada sobre conmociones cerebrales, puede ir a:

<https://www.cdc.gov/headsup/youthsports.html>

<http://www.kansasconcussion.org/>

Para obtener información sobre conmociones cerebrales y recursos educativos recopilados por la KSHSAA, vaya a:

<http://www.kshsaa.org/Public/General/ConcussionGuidelines.cfm>

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante-atleta impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante-Atleta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DEL ESTADO DE KANSAS  
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE LESIONES EN LA CABEZA DE LOS DEPORTES ESCOLARES  
DE KANSAS Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REGLAS DE JUEGO DEPORTIVO DE LA FEDERACIÓN NACIONAL  
RELACIONADAS CON LAS CONMOCIONES CEREBRALES**

**El siguiente lenguaje aparece en todos los libros de reglas de deportes de la Federación Nacional:**

"Cualquier atleta que muestre signos, síntomas o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral (como pérdida del conocimiento, dolor de cabeza, mareos, confusión o problemas de equilibrio) será retirado inmediatamente del concurso y no volverá a jugar hasta que lo autorice un profesional de la salud apropiado".

**La Legislatura de Kansas ha promulgado la Ley de Prevención de Lesiones en la Cabeza de los Deportes Escolares (en adelante, la "Ley de Kansas") a partir del 1 de julio de 2011:**

Artículos 72 a 135. (a) Esta sección se conocerá y puede citarse como la ley de prevención de lesiones en la cabeza deportiva de la escuela. (b) Como se usa en esta sección:

(1) "Escuela" significa cualquier escuela secundaria pública o privada acreditada, escuela intermedia o escuela secundaria.

(2) "Proveedor de atención médica" significa una persona con licencia de la junta estatal de artes curativas para practicar medicina y cirugía.

(c) La junta estatal de educación, en cooperación con la asociación de actividades de la escuela secundaria del estado de Kansas, recopilará información sobre la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral y lesiones en la cabeza, incluidos los peligros y riesgos asociados con la continuación de jugar o practicar después de que una persona sufra una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza. Dicha información se proporcionará a los distritos escolares para su distribución a los entrenadores, atletas escolares y los padres o tutores de los atletas escolares.

(d) Un atleta de la escuela no puede participar en ninguna competencia deportiva o sesión de práctica a menos que dicho atleta y el padre o tutor del atleta hayan firmado, y devuelto a la escuela, un formulario de divulgación de información sobre conmociones cerebrales y lesiones en la cabeza. Se firmará y devolverá un formulario de liberación cada año escolar en el que un estudiante atleta participe en competiciones deportivas o sesiones de práctica.

(e) Si un atleta de la escuela sufre, o se sospecha que ha sufrido, conmoción cerebral o lesión en la cabeza durante una competencia deportiva o sesión de práctica, dicho atleta de la escuela será retirado inmediatamente de la competencia deportiva o sesión de práctica.

(f) Cualquier atleta de la escuela que haya sido retirado de una competencia deportiva o sesión de práctica no regresará a la competencia o práctica hasta que el atleta sea evaluado por un proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica proporcione a dicho atleta una autorización por escrito para volver a jugar o practicar. Si el proveedor de atención médica que proporciona la autorización para regresar a jugar o practicar no es un empleado del distrito escolar, dicho proveedor de atención médica no será responsable de los daños civiles resultantes de cualquier acto u omisión en la prestación de dicha atención, que no sean actos u omisiones que constituyan negligencia grave o mala conducta intencional o gratuita.

(g) Esta sección entrará en vigor a partir del 1 de julio de 2011.

Revisado el 16/04

**Blue Valley Unified School District #**  
**229Emergency información médica y de seguros para actividades extracurriculares2021-22**

<u>Apellido del estudiante</u>	<u>Primero</u>	<u>Inicial</u>	<u>Mujer Masculina</u> <u>Círculo Uno</u>	<u>Grado</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>
<u>Dirección de inicio</u>			<u>Teléfono del hogar</u>		
<b>Información de contacto del padre/tutor</b>					
<u>Padre/Guardián</u>	<u>celda</u>	<u>trabajo</u>	<u>Casa</u>		
<u>Padre/Guardián</u>	<u>celda</u>	<u>trabajo</u>	<u>Casa</u>		
<u>médico de cabecera</u>	<u>Teléfono</u>				
<u>Dentista</u>	<u>Teléfono</u>				
<u>Preferencia hospitalaria</u>	<u>_____</u>				

**Para asegurarse de que su estudiante reciba la mejor atención médica, responda las siguientes preguntas:**

Alergias: Medicina Alimentaria Otros \_\_\_\_\_

reacción: Medicina Alimentaria Otros \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos (estudiante) \_\_\_\_\_

Seleccionar condiciones médicas el estudiante ha sido diagnosticado:

- |   |          |   |                       |           |          |
|---|----------|---|-----------------------|-----------|----------|
| Asma  | ADD/ADHD | Trastorno convulsivo                        | Presión arterial alta | Depresión | Ansiedad |
| Conmoción cerebral (año del último)               |          | Rasgo de células falciformes de la diabetes | Acné severo           |           |          |
| Afección cardíaca (por favor describa)Otros _____ |          |   |                       |           |          |

**SEGURO**

**Nombre de la compañía de seguros** \_\_\_\_\_ **Número de póliza** \_\_\_\_\_

Nosotros/I. el abajo firmante, verificamos que la póliza de seguro indicada anteriormente esté actualmente en vigor, proporcione cobertura de seguro médico y de salud para el estudiante mencionado anteriormente, y permanecerá en pleno vigor y efecto en todo momento en que el estudiante mencionado anteriormente participe en cualquier actividad extracurricular ofrecida por Blue Valley Schools durante el año escolar actual. Al firmar este documento, acepto la plena responsabilidad de toda la atención y el tratamiento médico, incluidos todos los gastos incurridos por dicha atención médica y tratamiento, proporcionados al estudiante mencionado anteriormente como resultado de participar en actividades extracurriculares de la escuela. SU ATENCIÓN SE DIRIGE AL HECHO DE QUE MUCHAS PÓLIZAS DE SEGURO EXCLUYEN CIERTAS ACTIVIDADES COMO EL FÚTBOL AMERICANO Y LA GIMNASIA. POR FAVOR, REVISE SU PÓLIZA CUIDADOSAMENTE O CONSULTE A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.

**ACUERDO PARA OBEDECER INSTRUCCIONES Y RECONOCIMIENTO DEL RIESGO**

Reconocemos la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores y patrocinadores con respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas mientras participamos en actividades extracurriculares. También entendemos que la participación en actividades extracurriculares puede implicar riesgo de lesiones y que algunos deportes de contacto implican un mayor riesgo de lesiones que otros deportes. El transporte de los estudiantes deberá cumplir con la política de la junta y las pautas administrativas.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Nosotros. Yo, el padre abajo firmante o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente otorgo a cualquier hospital, centro de emergencias, médico, enfermera y / o paramédico, autoridad para proporcionar tratamiento médico de emergencia a mi hijo. Además, si el médico tratante determina, después del examen, que la cirugía que salva vidas u otros procedimientos que salvan vidas son necesarios, por la presente otorgo permiso para administrar la cirugía necesaria para salvar vidas u otros procedimientos que salvan vidas.

***He leído y entiendo completamente la información en este formulario. Mi firma indicaba estar de acuerdo con la información anterior.***

<u>Firma del estudiante</u>	<u>Fecha</u>	<u>Firma del padre/tutor</u>	<u>Fecha</u>
-----------------------------	--------------	------------------------------	--------------

Si completa este formulario a mano, imprima claramente.



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE TRANSPORTE ESTUDIANTIL 2021-22

Hay momentos durante el año escolar en que los eventos de actividades y prácticas se llevarán a cabo fuera de la escuela. El Distrito Escolar proporciona transporte, pero hay momentos en que los estudiantes pueden beneficiarse de otras opciones de transporte. Revise las opciones de transporte que se enumeran a continuación, verifique las que sean aceptables para su estudiante, firme el formulario y haga que su estudiante devuelva el formulario al entrenador / patrocinador.

(Imprimir nombre completo del estudiante)

(Imprima el nombre completo del padre/tutor)

I/ Por la presente damos permiso a mi/nuestro alumno, para el curso escolar 2020-21, para: **(Por favor, compruebe todos los espacios apropiados.)**

**No**

viajar hacia y desde eventos de actividades y prácticas en vehículos autorizados por la escuela,

viajar con sus padres,

viajar con un conductor adulto con licencia,

viajar con un hermano que tenga al menos 16 años de edad y un conductor con licencia,

viajar con otro participante que sea un conductor con licencia y al menos 16 años de edad, o

mi estudiante tiene al menos 16 años de edad, es un conductor con licencia y puede conducir por sí mismo.

**Yo/Entendemos que los empleados del Distrito Escolar no pueden supervisar a los participantes de la actividad, excepto cuando viajan hacia y desde eventos y prácticas en vehículos autorizados por la escuela. Por una consideración valiosa, cuyo recibo se reconoce por la presente, I/nosotros a sabiendas y voluntariamente liberamos y liberamos para siempre al Distrito Escolar Unificado No. 229 y a los miembros de su Junta de Educación, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad, acción, demanda, reclamo, demanda y gasto que resulte, directa o indirectamente, de la pérdida de vidas, lesiones personales, daños a la propiedad u otros daños sufridos por mi / nuestro estudiante mientras viajaba hacia o desde eventos de actividades o prácticas por transporte que no sea un vehículo autorizado por la escuela.**

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Los padres tienen la responsabilidad de asegurarse de que su estudiante use el modo de transporte autorizado por el padre. Este Consentimiento puede ser revocado o modificado por escrito en cualquier momento.**

