

# INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

## ESTUDIANTES/PADRES

1.  Complete el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) ANTES de su cita con su proveedor de servicios médicos.
2.  Firme al final del Formulario del Historial (página 2).
3.  Complete la sección de Información de Emergencia Compartida del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4).
4.  Firme al final del Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) DESPUÉS que se haya completado el examen físico previo a la participación y ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
5.  Revise la Lista de Verificación de Elegibilidad del Estudiante (página 5) Y FIRME al final de la página ANTES de entregar el formulario PPE completo a la escuela.
6.  Revise y firme el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza proporcionado por la escuela

## PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

1.  Revise el Formulario del Historial (páginas 1 y 2) con el estudiante y su padre/tutor como parte del examen físico previo a la participación.
2.  Complete el Formulario del Examen Físico (página 3) Y FIRME al final de la página 3.
3.  Complete el Formulario de Elegibilidad Médica (página 4) Y FIRME la página 4.

**NOTA: Se le requieren dos firmas al proveedor de servicios médicos.**

## ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA Y PERSONAL MÉDICO ESCOLAR

1.  Recolecte los formularios PPE completos con las firmas pertinentes en las páginas 2 a 5. ÚNICAMENTE el personal con una necesidad médica o educativa para revisar esta información debe tener acceso al formulario de PPE. Los formularios deben mantenerse seguros y confidenciales en todo momento. Los entrenadores NO deben recoger el PPE en la práctica.
2.  Según la norma de su escuela, determine qué personal médico o personal administrativo responsable de revisar y difundir la información médica del estudiante provista en el formulario. [Garantizar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)]\*
3.  Provea copias del Formulario de Elegibilidad Médica al personal apropiado con responsabilidad supervisora de las actividades extracurriculares (entrenadores, patrocinadores, etc.).
4.  Recolecte el Formulario de Liberación de Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza firmado por el estudiante y el padre/tutor.

\* Se anima a las escuelas a tener normas vigentes que identifiquen quién tiene acceso completo a la información de salud privada de un estudiante que se encuentra en el formulario PPE. El Formulario de Elegibilidad Médica puede ser usado de manera independiente para compartir con el personal que no necesite acceso completo a la información de salud privada que se encuentra en el formulario PPE.

El historial y el examen físico anual no se deben tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable. La KSHSAA recomienda que los atletas/porristas completen esta evaluación al menos un mes antes de la primera práctica para dar tiempo a la corrección de deficiencias y a la implementación de las recomendaciones de acondicionamiento.





# EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN - PPE

El PPE se requiere anualmente y no se debe tomar antes del 1° de mayo anterior al año escolar para el cual es aplicable.

## FORMULARIO DEL HISTORIAL (Las páginas 1 y 2 deben ser completadas por el estudiante y el padre/tutor antes del examen físico)

Nombre _____	*sexo al nacer _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____
Grado _____	Escuela _____	Deporte(s) _____	
Dirección _____		Teléfono _____	
Médico personal _____	Email del padre _____		

\*En casos de trastorno del desarrollo sexual (DSD), la designación del sexo al nacer puede retrasarse por un período de tiempo hasta que los proveedores médicos y la familia puedan tomar la determinación adecuada.

Anote condiciones médicas pasadas y presentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez una cirugía? En caso afirmativo, anote todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicinas y Alergias:**

Anote los medicamentos recetados y de venta libre, inhaladores y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_  No medicamentos

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No En caso afirmativo, identifique abajo la alergia específica.

Medicinas \_\_\_\_\_  Polen \_\_\_\_\_  Alimentos \_\_\_\_\_  Picadura de insectos \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREGUNTAS GENERALES:	SI	NO
----------------------	----	----

1. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar con su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún problema médico actualmente o enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE USTED RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	SI	NO
---	----	----

5. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmaya durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez su corazón se ha acelerado, latido fuerte o no ha latido (latidos irregulares) durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez un médico ha requerido un examen de su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido un poco mareado o sin aliento comparado con sus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA RESPECTO A SALUD DEL CORAZÓN:	SI	NO
--	----	----

12. ¿Algún miembro de la familia o pariente falleció por problemas cardíacos o tuvo 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 la miocardiopatía hipertrófica (MCH), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía ventricular derecha arritmica (ARVC), el síndrome QT largo (LQTS), el síndrome QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la catecolaminérgica ¿Taquicardia ventricular polimórfica (TVPC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES:	SI	NO
--	----	----

15. ¿Alguna vez ha tenido una fractura o lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que haya requerido rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones o terapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o afección en la columna (cervical, torácica, lumbar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Usa regularmente o ha tenido una lesión que requirió el uso de aparatos ortopédicos, muletas, yeso, u otro dispositivo de asistencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil, otras enfermedades autoinmunes u otras afecciones genéticas congénitas (ejemplo, Síndrome de Down o enanismo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN**

PREGUNTAS MÉDICAS:	SI	NO
22. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamento para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), su bazo u otros órganos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, una protuberancia, un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Tiene salpullidos recurrentes en la piel o infecciones cutáneas que van y vienen, incluido el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuántos?		
¿Cuál es el tiempo más largo que tardó en recuperarse por completo?		
¿Cuándo fue dado de alta por última vez?		
29. ¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos (incluidos los agujones / quemadores) o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haberse golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio bajo el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Usa anteojos protectores, como gafas o una careta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Cómo identifica actualmente su género/sexo? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro		

41. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (marque la caja)	NINGUNA VEZ    VARIOS DÍAS    LA MITAD DE LOS DÍAS    CASI TODOS LOS DÍAS			
	0	1	2	3
Sentirse nervioso, ansioso o tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No poder parar o controlar las preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse bajo, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Una suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección) Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)*

MUJERES ÚNICAMENTE:	SI	NO
42. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. En caso afirmativo, ¿está experimentando algún problema o cambio con la participación en deportes? (ejemplo, irregularidad, dolor, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
45. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
46. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

**Explique aquí todas las respuestas "Sí"**

Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada en las páginas 1 y 2 es precisa y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo.

 Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del estudiante-atleta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION**

**PHYSICAL EXAMINATION FORM**

<b>Name</b> _____	<b>Date of birth</b> _____					
<b>Date of recent immunizations:</b>	<b>Td</b> _____	<b>Tdap</b> _____	<b>Hep B</b> _____	<b>Varicella</b> _____	<b>HPV</b> _____	<b>Meningococcal</b> _____

**PHYSICIAN REMINDERS**

**1. 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 adhere to safe sex practices?

**2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14 of History Form).**

**3. Per Kansas statute, any school athlete who has sustained a concussion shall not return to competition or practice until the athlete is evaluated by a healthcare provider and the healthcare provider (MD or DO only) provides such athlete a written clearance to return to play or practice.**

**4. Per Kansas Statute, students indicated as biological male at birth may not participate on girls teams.**

EXAMINATION			
Height	Weight	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	BP (reference gender/height/age chart)**** / ( / ) Pulse
Vision R 20/	L 20/	Corrected: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
MEDICAL		NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance - Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat - Pupils equal, Gross Hearing			
Lymph nodes			
Heart * - Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)			
Pulses - Simultaneous femoral and radial pulses			
Lungs			
Abdomen			
Skin - Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis			
Neurological***			
Genitourinary (optional-males only)**			
MUSCULOSKELETAL		NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand/fingers			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot/toes			
Functional - e.g. double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test			

\*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those. \*\*Consider GU exam if in appropriate medical setting. Having third party present is recommended. \*\*\*Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a significant history of concussion. \*\*\*\*Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

I acknowledge I have reviewed the preceding patient history pages and have performed the above physical examination on the student named on this form.

Name of healthcare provider (print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Signature of healthcare provider** \_\_\_\_\_, MD, DO, DC, PA-C, APRN  
*(please circle one)*

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**Healthcare Providers: You must complete the Medical Eligibility Form on the following page**

Kansas State High School Activities Association, 601 SW Commerce Place | PO Box 495 | Topeka, KS 66601 | 785-273-5329

Adapted from PPE: Preparticipation Physical Evaluation, 5th Edition, © 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for non-commercial, educational purposes with acknowledgment.

# KSHSAA PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

## MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Medically eligible for all sports without restriction

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

Medically eligible for certain sports


Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form, except as indicated above. 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 healthcare provider (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

 **Signature of healthcare provider:** \_\_\_\_\_, MD, DO, DC, or PA-C, APRN

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

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

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otra información: \_\_\_\_\_


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

## Consentimiento del Padre o Tutor

Para ser elegible para participar en grupos de atletismo/deportes interescolares, un estudiante debe tener en el archivo del superintendente o director, una declaración firmada por un médico, quiropráctico, asistente médico autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, o un enfermero registrado de práctica avanzada autorizado por un médico supervisor con licencia de Kansas para realizar el examen, certificando que el estudiante ha pasado un examen físico adecuado y está físicamente en condiciones para participar (consulte el Manual de KSHSAA, Regla 7). Se deberá completar anualmente un historial de salud y un examen físico antes de que un estudiante participe en KSHSAA deportes/porristas interescolares.

No conozco ninguna razón física o de salud adicional existente que impida la participación en actividades. Certifico que las respuestas a las preguntas a la parte del HISTORIA del Examen Físico Previo a la Participación (PPE) son verdaderas y precisas. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa proporcionada como parte de este examen podría resultar en la descalificación de la participación en la actividad para mi hijo y los equipos de mi hijo. Apruebo la participación en actividades. Por la presente autorizo la divulgación de la información contenida en este documento a KSHSAA, a la enfermera escolar, entrenador atlético certificado (ya sea empleado o contratista independiente de la escuela), administradores escolares, entrenador y al proveedor médico. A petición por escrito, yo pudiera recibir una copia de este documento para mis propios récords de salud.

Reconozco que existen riesgos de participación, incluida la posibilidad de lesiones catastróficas. Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente compita en actividades aprobadas por KSHSAA, y acompañe a los representantes escolares en los viajes escolares y reciba tratamiento médico de emergencia cuando sea necesario. Se entiende que ni 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 provisto por la escuela al estudiante.

 **Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.*

# ■ PADRES Y ESTUDIANTES: LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE KSHSAA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ (EN LETRA IMPRENTA)

**NOTE: La Regla 18 de Transferencia establece en parte, que un estudiante es elegible para transferencia si:**

**ESTUDIANTES COMENZANDO SÉPTIMO GRADO:** Un estudiante de séptimo grado, al comienzo de su séptimo grado, es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela a la que escoja asistir. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

**ESTUDIANTES COMENZANDO NOVENO GRADO EN UNA ESCUELA PREPARATORIA DE TRES AÑOS:** Para que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de tres años reciban el mismo trato que los estudiantes de noveno grado de una escuela preparatoria de cuatro años, un estudiante que haya completado exitosamente el octavo grado en una escuela intermedia de dos años, podrá ser transferido al noveno grado de una escuela preparatoria de tres años al comienzo del año escolar y ser elegible inmediatamente bajo la Regla de Transferencia. Dicho estudiante de noveno grado debe entonces, como estudiante de décimo grado, asistir a la escuela preparatoria correspondiente de su sistema escolar. Si asistieran a una escuela diferente como estudiantes de décimo grado, no serían elegibles por dieciocho semanas.

**ESTUDIANTES ENTRANDO A LA ESCUELA PREPARATORIA POR PRIMERA VEZ:** Un estudiante de escuela preparatoria es elegible bajo la Regla de Transferencia en cualquier escuela preparatoria a la que escoja asistir, siempre que entre por primera vez a la escuela preparatoria al comienzo del año escolar. Además, también se deberán cumplir los requisitos de edad y elegibilidad académica.

## Para que los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria retengan la elegibilidad

Las escuelas pueden tener reglas más estrictas que las relativas a las preguntas anteriores o a las listadas a continuación. Contacte al director o entrenador sobre cualquier asunto de elegibilidad. Un estudiante elegible para participar en actividades interescolares debe estar 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).

**Lo siguiente es un resumen breve de las reglas seleccionadas. Por favor comuníquese con su director para información más completa.**

- Regla 7 Examen físico - Consentimiento de los padres:** Los estudiantes deben pasar el examen físico que se adjunta y tener el consentimiento por escrito de sus padres o tutores legales.
- Regla 14 Buen estudiante:** Los estudiantes elegibles deben estar académicamente en regla en su escuela y con buenas calificaciones.
- Regla 15 Inscripción/Asistencia:** Los estudiantes deben estar regularmente matriculados y en asistencia a más tardar el lunes de la cuarta semana del semestre en el cual participan.
- Regla 16 Requisitos del semestre:** Un estudiante no deberá tener más de dos semestres de elegibilidad posible en el séptimo grado y dos semestres en el octavo grado. Un estudiante no deberá 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 escuela intermedia o preparatoria. *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 son menores de 19 años de edad (16, 15 o 14 para estudiantes de escuela intermedia) para 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 su inelegibilidad. Si se cobra o reduce la matrícula, deberá cumplir con los requisitos de KSHSAA.
- Reglas 20/21 Reglas de aficionado y recompensas:** 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 Aficionado y Recompensas.
- Regla 22 Competencia externa:** Los estudiantes no pueden participar en competencias externas en el mismo deporte durante una temporada en la que representan 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.*
- Regla 25 Anti-Fraternidad:** Los estudiantes son elegibles si no son miembros de una fraternidad u organización prohibida por la ley o por las reglas de la KSHSAA.
- Regla 26 Anti-Pruebas de clasificación (tryouts) e instrucción privada:** Los estudiantes no son elegibles si participan en entrenamientos o pruebas de clasificación realizadas por universidades u otras agencias u organizaciones externas en el mismo deporte mientras son miembros del equipo deportivo de la escuela.
- Regla 30 Temporadas de deporte:** Los estudiantes no son elegibles para más de cuatro temporadas en un deporte en una escuela preparatoria de cuatro años, tres temporadas en una escuela preparatoria de tres años o dos temporadas en una escuela preparatoria de dos años.

## Para determinar la elegibilidad de los estudiantes de escuela intermedia y preparatoria al inscribirse

Si se da una respuesta negativa a cualquiera de las siguientes preguntas, el estudiante inscrito deberá comunicarse con su administrador encargado 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 deportes. Si aún existen preguntas, el administrador de la escuela deberá llamar por teléfono a KSHSAA para una determinación final de elegibilidad. (Las escuelas procesarán un Certificado de Transferencia, Formulario T-E, para todos los estudiantes transferidos).

- |    | SI                       | NO                       |   |
|----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted un <b>buen estudiante</b> con buenas calificaciones? (Si hay alguna pregunta, su director tomará la determinación).   |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Aprobó usted por lo menos <b>cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)</b> en el semestre pasado? (KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que apruebe por lo menos cinco materias fundamentales en su último semestre de asistencia).                        |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está planeando <b>inscribirse en por lo menos cinco nuevas materias (no las aprobadas previamente)</b> fundamentales este próximo semestre? (KSHSAA tiene una regulación mínima que requiere que se inscriba y esté en asistencia en por lo menos cinco materias fundamentales). |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Asistió a esta escuela o a una escuela del área en su distrito el semestre pasado? (Si responde "no", por favor responda las secciones a y b).   |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. ¿Reside usted con sus padres?  |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. Si reside con sus padres, ¿se han mudado de manera permanente y de buena fe al área de asistencia de su escuela?   |

El estudiante mencionado arriba y yo hemos leído la Lista de Verificación de Elegibilidad de KSHSAA y cómo retener la información de elegibilidad listada en este formulario. El estudiante/padre autorizan a la escuela para revelar a KSHSAA los récords del estudiante y otros documentos e información pertinentes para determinar la elegibilidad del estudiante. El estudiante/padre también autorizan a la escuela y a KSHSAA para publicar el nombre y foto del estudiante como resultado de participar o asistir a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o evento de KSHSAA.

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

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las partes de este documento acuerdan que una firma electrónica está intencionada a hacer que este escrito sea efectivo y vinculante y tiene la misma fuerza y efecto que el uso de una firma manual.

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE CONMOCIÓN Y LESIÓN EN LA CABEZA RECOMENDADO  
POR KSHSAA  
2023-2024**

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

Una contusión es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son causadas por un golpe, una sacudida a la cabeza, o por un golpe a otra parte del cuerpo con la fuerza transmitida hacia la cabeza. Estos pueden ser de leves a severos y pueden perturbar la forma en la que el cerebro trabaja normalmente. Aunque la mayoría de las concusiones son moderadas. **Todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden resultar en complicaciones incluyendo un prolongado daño cerebral y la muerte si no se reconoció y administro adecuadamente.** En otras palabras, incluso un "pequeño golpe" o un golpe en la cabeza pueden ser graves. No se puede ver una conmoción cerebral y la mayoría de las contusiones deportivas ocurren sin pérdida de conciencia. Signos y síntomas de conmoción cerebral pueden aparecer después de la lesión o pueden tomar horas o días para aparecer completamente. Si su hijo/a reporta síntomas de conmoción cerebral, o si nota los síntomas o signos de contusión usted mismo, busque atención médica inmediatamente.

<b>Los síntomas pueden incluir uno o más de las siguientes:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• “Presión en la cabeza”</li> <li>• Náusea o vomito</li> <li>• Dolor en el cuello</li> <li>• Problemas de balance o mareos</li> <li>• Visión borrosa, doble, o confusa</li> <li>• Sensibilidad a la luz o ruido</li> <li>• Se siente débil o somnoliento</li> <li>• Se siente confuso o mareado</li> <li>• Somnoliento</li> <li>• Cambian los patrones del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amnesia</li> <li>• “No se siente bien”</li> <li>• Fatiga o poca energía</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Nervios o ansiedad</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Mas emocional</li> <li>• Confusión</li> <li>• Problemas de concentración of memoria (olvida jugadas del juego)</li> <li>• Repetir la misma pregunta/comentario</li> </ul>

<b>Señales observadas por compañeros, padres, y entrenadores incluyen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ven confundidos</li> <li>• Falta de expresiones faciales</li> <li>• Confuso acerca de asignaciones</li> <li>• Se le olvidan las jugadas</li> <li>• No está seguro acerca del juego, resultados u oponentes</li> <li>• Se mueve con torpeza o en su coordinación</li> <li>• Contesta preguntas lentamente</li> <li>• Dificultad para hablar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestras cambios de comportamiento y de personalidad</li> <li>• No recuerda eventos antes del golpe</li> <li>• No recuerda eventos después del golpe</li> <li>• Ataques o convulsiones</li> <li>• Cualquier cambio en la conducta típica o la personalidad</li> <li>• Pérdida del conocimiento</li> </ul>

Adaptado del CDC y de la 3era Conferencia de Deportes

**¿Qué puede suceder si mi hijo sigue jugando con una contusión o regresa demasiado pronto?**

Los atletas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados inmediatamente del juego. Si continúan jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral hace que el joven atleta este especialmente vulnerable a una mayor lesión. Hay un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produzca esa conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera (síndrome del segundo impacto).

Esto puede conducir a una recuperación prolongada, o incluso inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los adolescentes o atletas adolescentes a menudo no informan de síntomas de lesiones. Y las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, administradores de la escuela, entrenadores, padres y estudiantes son la clave para la seguridad del estudiante atleta.

## Si usted piensa que su hijo/a ha sufrido una concusión

Cualquier atleta aunque solo se sospeche de haber sufrido una conmoción cerebral debe retirarse del juego o práctica inmediatamente y se debe organizar una derivación urgente a un proveedor de atención médica (si no está alguna en el sitio). Ningún atleta puede regresar a la actividad después de sufrir una conmoción cerebral, independientemente de cómo leve se vea o qué tan rápido los síntomas desaparecieron, sin una autorización escrita por un Doctor (MD) o un Doctor en Medicina de Osteopatía (DO). Observación detallada del atleta debe continuar durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que su hijo puede tener una conmoción recuerde es mejor perderse un partido que pierda toda la temporada. **¡En caso de duda, el atleta no juega!**

### Reposo Cognitivo & Regreso a Aprender

El primer paso hacia la recuperación de una contusión es el reposo 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, video juegos, mensajes de texto, etc.) y la exposición a ruidos fuertes pueden empeorar los síntomas y retrasar la recuperación. Los estudiantes pueden necesitar su carga de trabajo académico modificado mientras que inicialmente se están recuperando de una conmoción cerebral. Disminuyendo 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 y no asistir a la escuela por unos días, seguido de un calendario escolar menos ocupado, aumentando gradualmente a la normalidad. Modificaciones académicas deberían coordinarse conjuntamente entre proveedores de servicios médicos y personal de la escuela del estudiante. Después de las 24-48 horas iniciales de la lesión, bajo la dirección de su proveedor de atención médica, se puede animar a los pacientes a que se vuelvan gradual y progresivamente más activos mientras permanecen bajo los umbrales de exacerbación de los síntomas cognitivos y físicos (es decir, la actividad física nunca debe regresar o empeorar sus síntomas). No debe considerarse a regresar a la completa actividad del deporte hasta que el estudiante está completamente integrado en el entorno de aula y sin síntomas. Ocasionalmente, un estudiante será diagnosticado con el síndrome post concusión y tiene síntomas que duran de semanas a meses. En estos casos, un estudiante puede recomendarse para comenzar un régimen de actividad física sin contacto, pero esto sólo se hará bajo la supervisión directa de un médico.

### Regreso a Práctica y Competencia

La ley de Prevención de Lesiones Deportivas en la Cabeza en las Escuelas de Kansas dice que si un estudiante sufrió, o que se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza durante una competencia o práctica, debe ser retirado inmediatamente de la competencia o práctica y no puede regresar a la práctica o competencia hasta que un Proveedor de Atención Médica lo ha evaluado y provee una autorización por escrito para que pueda regresar a practica o competencia.

El KSHSAA recomienda que un atleta no deba volver a la práctica o competencia el mismo día que el atleta sufre o se sospecha que sufre una conmoción cerebral. El KSHSAA también recomienda que el atleta regrese a la práctica o competencia debe seguir un protocolo de un regreso gradual bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (MD o DO).

Para información reciente y al día acerca de conmociones cerebrales entre en:

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

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

Para información conmociones cerebrales y recursos educativos recopilados por KSHSAA, entre en:

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

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Estudiante Deportista

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Padre/Tutor Legal

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Las partes en el presente documento aceptan que una firma electrónica se destina a hacer este escrito efectivo y vinculante y que tiene la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita.**

Adaptado del CDC y la 3ra Conferencia Internacional en el Deporte



## ULYSSES USD 214 RIESGO DE LESIONES

Todos los deportes de secundaria y secundaria (fútbol, voleibol, baloncesto, lucha libre, tenis, golf, campo traviesa, atletismo, béisbol, softball, alegría y baile) son divertidos y emocionantes, pero implican una actividad física diferente que podría ocasionar lesiones. Esto incluyen pero no están limitados a lo siguiente;

correr, saltar, lanzar, contacto fuerte con superficies duras u otros jugadores, y la exposición al calor, el frío y la humedad.

Debido a las condiciones inherentes a cada deporte, participar en atletismo expone a un atleta a muchos riesgos de lesiones. Esas lesiones incluyen, pero no se limitan a, lesiones graves en los huesos, ligamentos, articulaciones y tendones; parálisis debido a lesiones en el cuello y la espalda; e incluso la muerte.

En un esfuerzo por hacer que todos los Ulysses USD 214 Athletics sean lo más seguros posible, el cuerpo técnico enseñará a los jugadores las reglas de cada deporte y la mecánica adecuada para participar en cada deporte. Es vital que los atletas sigan las instrucciones del entrenador, las reglas de entrenamiento y las políticas del equipo para disminuir la posibilidad de lesiones graves. Las políticas del equipo se le dieron a cada jugador en la reunión de pretemporada.

Hemos leído la información anterior y comprendemos el riesgo asociado con la práctica y participación en los deportes escolar.

Yo, el padre o tutor legal quien firma abajo, por y en consideración del privilegio de mi dependiente abajo firmado de poder participar en deportes y actividades atléticas organizadas en y para Kepley Middle School y / o Ulysses High School, me comprometo y acepto liberar de cualquier cargo a Kepley Middle School y / o Ulysses High School, sus agentes, sirvientes, empleados, entrenadores voluntarios y entrenadores asistentes, Ulysses USD 214 School Board y sus miembros, de todos y cada una de los reclamaciones, demandas, pérdidas, daños, costos, gastos, y los honorarios de abogados por lesiones o la muerte del dependiente abajo firmante como consecuencia y resultado de una causa o una consecuencia de jugar o participar en deportes y actividades atléticas organizadas en y para Kepley Middle School y / o Ulysses High School .

FECHA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_

# Forma de Consentimiento para Participación de Actividad y Tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las actividades o viajes después del horario escolar y/o fuera del Distrito Escolar como se describe aquí:

Viajes patrocinados por Ulysses USD#214 durante el año escolar 2023-2024.

Yo más aún doy mi consentimiento legal y autorizo a cualquier representante de Ulysses USD #214 que autoriza tratamiento médico de emergencia, incluyendo cualquier cirugía o hospitalización, para mi hijo/a mencionado, por cualquier herida o enfermedad de una emergencia que el/ella incurrió durante la participación de un viaje o actividad nombrado arriba por un médico o dentista autorizado en acuerdo con la provision de Kansas Healing Arts Act, K.S.A 65-2801 y cualquier hospital.

Yo estoy de acuerdo pagar y asumir toda la responsabilidad de gastos médicos y hospitalización y cualquier servicio de emergencia incurrido durante el tratamiento médico a favor de mi hijo/a. Yo reconozco y acepto que Ulysses USD#214 no es responsable por cualquier gasto o cargo de médico, o de hospital incurridos por mi hijo/a. Una fotocopia de este document tendrá el mismo poder y efecto así como el original.

Si mi hijo/a requiere tratamiento de emergencia médico, Yo entiendo que el personal puede proveer tratamiento médico de emergencia si es necesario. Yo también entiendo que el personal de la escuela hará un intento razonable para comunicarse conmigo para obtener mi permiso para autorizar tratamiento. Para facilitar comunicarse conmigo, yo acepto proveer a la escuela números de teléfono del trabajo y de la casa.

**Este formulario debe ser firmado y devuelto a la escuela si el estudiante mencionado arriba debe participar en viajes o actividades.**

Padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Información del Estudiante en caso de emergencia

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Alergias o enfermedades crónicas \_\_\_\_\_

Medicamentos de Diario \_\_\_\_\_

Información de contacto en caso de Emergencia

Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Si la persona mencionada arriba no puede ser contactada, nosotros, los firmantes padres/tutor del estudiante identificado arriba, por este medio concede autorización a los oficiales del Distrito Escolar comunicarse directamente con el siguiente médico y por este medio certificar que somos los padres/tutor del dicho menor, y autorizamos al médico nombrado abajo prestar tal tratamiento como dicho médico en una emergencia, por la salud del niño/a, sin autorización más allá de lo expresado. En dado caso que el médico nombrado no pueda ser contactado, o ambos estamos disponibles para dar nuestro consentimiento o referencia a otro médico, nosotros por este medio autorizamos a los oficiales de la escuela contactar cualquier médico autorizado, y por este medio autorizamos al dicho médico que rinda cualquier tratamiento según el/ella crea necesario, en lo que el/ella considere ser emergencia, por la salud del menor mencionado. Yo además entiendo que los gastos incurridos como resultado de uso de ambulancia, tratamiento de médico, o tratamiento en un hospital o clínica, no serán sostenidos por la escuela o personal de la escuela.

Médico \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_

NOTA: Cuando un estudiante se enferma o es herido en un viaje de actividad, prácticamente es seguro que la escuela no podrá proveer atención médica por medio del médico principal elegido. En dados casos cuando el estudiante está fuera del distrito escolar, no se le dará cuidado de emergencia sin esta forma de consentimiento.

## RECHAZO DE CONSENTIMIENTO

YO NO DOY consentimiento para tratamiento médico en una emergencia de mi hijo/a. Yo entiendo que firmando "Rechazo de Consentimiento" mi hijo/a no podrá participar en actividades y viajes fuera del distrito.

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_