

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.

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

X Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

X 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.



Pre-Participación Físico Evaluación

PPE

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

Formulario de Historia (debe ser llenado por el estudiante y el padre / tutor antes del examen físico)

Nombre _____	Género _____	Edad _____	Cumpleaños _____
Grado _____	Escuela _____	Deporte(s) _____	
Dirección de Casa _____	Teléfono - _____		
Médico _____	Correo Electrónico de Padre _____		

El PPE es requerido anualmente y no deberá ser obtenido antes de Mayo 1 del año escolar para cual es aplicable.

Medicinas y Alergias: Por favor liste todo medicamento que se este tomando en este momento con o sin receta médica, inhaladores, y suplementos (nutricional y/o herbal) _____ No Medicamentos

Tienes alguna alergia? Si No Si la respuesta es sí, por favor identifique la alergia específica en la parte de abajo.

Medicinas _____ Polen _____ Comida _____ Insectos que Pican _____

Que son sus reacciones? _____

Explique las respuestas que marco “Si” en la parte de abajo. Circule las preguntas que no sepa contestar.

Preguntas generales	Si	No
1. As tenido alguna condición médica o lastimadura desde tu ultimo revisión física?		
2. Te ha negado o puesto en actividad restrictiva algún doctor en tus actividades deportivas?		
3. Tienes alguna condición médica continua? Si la respuesta es sí por favor identifica la condición abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
4. As pasado la noche en el hospital?		
5. As tenido cirugía alguna vez?		
Preguntas de Salud del Corazón Sobre Ti		
6. Te as desmayado o casi desmayado alguna vez antes o durante ejercicio?		
7. As tenido molestia, dolor, tensión, o presión en tu pecho durante ejercicio?		
8. Tu corazón alguna vez late rápido o se brinca latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
9. Te ha dicho algún doctor que tú tienes algún problema del corazón? Si la respuesta es sí marca el que aplica: <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> Alto Colesterol <input type="checkbox"/> Infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
10. Te a ordenado algún doctor que te hagas un examen del corazón? (Por ejemplo ECG/EKG, echo cardiograma)		
11. Te has mareado o sentido sin aliento más de lo común cuando haces ejercicio?		
12. Alguna vez te ha dado una convulsión inexplicada?		
13. Rápidamente te sientes más cansado o sin aire que tus amigos cuando hacen ejercicio?		
Preguntas de Salud del Corazon Sobre Tu Familia		
14. Algún miembro familiar o pariente a muerte de problemas al corazón o a muerto repentina y/o inexplicablemente antes de sus 50 años (incluyendo ahogado, accidente automovilístico inexplicado, o muerte repentina de síndrome infantil de cuna)?		
15. Alguien en tu familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, aritmético cardiomiopatía ventricular derecha, síndrome largo QT, síndrome cortó QT, síndrome Brugada, catecolaminérgico polimórfico taquicardia ventricular?		
16. Alguien en tu familia tiene problemas del corazón, un marcapasos, implante de desfibrilador?		
17. Alguien en tu familia se ah desmayado sin explicación, convulsiones sin explicación, o casi ahogado?		
Preguntas de Huesos y Coyunturas		
18. As tenido alguna lastimadura a un hueso, musculo, ligamento, o tendón que te haya ocasionado que perdieras alguna practica o juego?		
19. Has tenido alguna quebradura de hueso, fractura, o alguna dislocación de coyuntura?		
20. Alguna vez has tenido una lastimadura que hayas necesitado rayos-x, MRI, CT Scan, inyecciones, terapia, muletas, yeso, aparato ortopédico?		
21. Alguna vez has tenido una fractura por tensión?		
22. Te has hecho un o te han dicho que te hagas rayos-x por inestabilidad de cuello o por inestabilidad de atlantaoxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
23. Regularmente usas aparatos ortopédicos, abrazadera, o algún otro dispositivo de ayuda?		
24. Tienes un hueso, musculo, o lastimadura de coyuntura que te moleste?		
25. Algunos de tus coyunturas te causan dolor, se hinchan, sienten calientes, o se ponen colorados?		
26. Tienes historia de problemas con artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

Preguntas Médicas	Si	No
27. Toses, tienes respiración ruidosa, o tienes dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
28. Has usado un inhalador o tomado medicina para asma?		
29. Hay alguien en tu familia que tiene asma?		
30. Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), bazo, o algún otro órgano?		
31. Tienes dolor en la ingle o una bola dolorosa en la ingle, o una hernia en la ingle?		
32. Has obtenido mononucleosis contagiosa (mono) durante el último mes?		
33. Tienes erupciones, úlceras de presión, o alguna otra infección de la piel?		
34. Has tenido alguna infección de herpes o MRSA?		
35. Alguna vez has tenido una lastimadura en la cabeza o conmoción cerebral? Si la respuesta es sí cuantas? _____ Cuanto tiempo ha sido lo más largo que te han tenido fuera de deportes o la escuela? _____ Cuando fue la última vez que te dieron de alta? _____		
36. Te an dado un golpe o fuerte soplo a la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
37. Tienes historia de tener un desorden de convulsiones?		
38. Te dan dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
39. Alguna vez se te ha entumecido, hormigueo, o debilidad en tus brazos o piernas después de que te peguen o caerte (Aguijón, Quemador, Pinzamiento de un Nervio)?		
40. Has perdido el sentido de tus piernas y o brazos después de ser golpeado o de que te hayas caído?		
41. Te has enfermado alguna vez durante haciendo ejercicio en tiempo caliente?		
42. Te dan calambres de tus músculos frecuentemente cuando haces ejercicio?		
43. Tu o alguien en tu familia tiene anemia de células falciformes?		
44. Has tenido algún problema con tus ojos o visión?		
45. Has tenido alguna lastimadura en tus ojos?		
46. Usas lentes o contactos?		
47. Usas protectores de ojos, por ejemplo gafas o protector de cara?		
48. Te preocupas de tu peso?		
49. Estas tratando o te han recomendado que subas o bajas de peso?		
50. Estas en una dieta especial o previenes algún tipo de comidas?		
51. Alguna vez has tenido algún desorden alimenticio?		
52. Tienes alguna preocupación que te gustaría platicar con un doctor?		
Mujeres Solamente		
53. Has tenido un periodo menstrual?		
54. Si, la respuesta es si has experimentado algunos problemas o cambios con tu participación atlética (i.e., irregularidad, dolor, etc.)?		
55. Cuantos años tenias cuando empezaste tu menstruación?		
56. Cuantas menstruación has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica abajo las respuestas a las que contestaste “Si”

Yo declaro que, hasta mi mejor conocimiento, mis respuestas a las preguntas mencionadas arriba están completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____



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	Edad	Fecha de nacimiento
Grado	Escuela	Deporte(s)	
Dirección		Teléfono	
Médico personal	Email del padre		

Explique todas las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en círculo las preguntas que no sepa las respuestas.

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)				
	Sentirse nervioso, ansioso o tenso	NINGUNA VEZ 0 <input type="checkbox"/>	VARIOS DÍAS 1 <input type="checkbox"/>	LA MITAD DE LOS DÍAS 2 <input type="checkbox"/>	CASI TODOS LOS DÍAS 3 <input type="checkbox"/>
	No poder parar o controlar las preocupaciones	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Poco interés o placer en hacer las cosas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Sentirse bajo, deprimido o desesperado	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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"

Por la presente declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

X Firma del estudiante-atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre _____				Fecha de nacimiento _____		
Fecha de vacunas recientes:	Td	Tdap	Hep B	Varicella	HPV	Meningococcal

RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere preguntas adicionales sobre temas más sensibles

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se sientes estresado o bajo mucha presión? - ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperado, deprimido o ansioso? - ¿Se siente seguro en su casa o residencia? - ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, tabaco en polvo o salsa de tabaco? - Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco de mascar, tabaco en polvo o salsa de tabaco? | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Toma alcohol o usa otras drogas? - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento? - ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarlo a aumentar o perder peso o mejorar su rendimiento? - ¿Usa cinturón de seguridad, usa casco y se adhiere a prácticas sexuales seguras? |
|--|---|

2. Considere revisión de preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 5-14 del Historial).

3. Según el estatuto de Kansas, todo atleta escolar que haya sufrido una conmoción cerebral no debe volver a competir o practicar hasta que un médico evalúe al atleta y el médico (solo un MD o DO) provea a dicho atleta una autorización por escrito para volver a jugar o practicar.

EXAMEN

Altura	Peso	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	BP (tabla de referencia de género/altura/edad) ****	/	(/)	Pulso
Vista: Ojo der. 20/		Ojo izq. 20/		Lentes: Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			

MÉDICO

	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia - Estigmas de Marfan (cifoscoliosis, paladar arqueado alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aórtica.		
Ojos/oídos/nariz/garganta - Pupilas iguales, Audición gruesa		
Ganglios linfáticos		
Corazón * - Murmullos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de ± Valsalva)		
Pulsos - Pulsos simultáneos femorales y radiales		
Pulmones		
Abdomen		
Piel - Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA), o tinea corporis		
Neurológico***		
Genitourinario (opcional-solo hombres) **		

MUSCULOSQUELETAL

	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional – (prueba de sentadilla de doble pierna, prueba de sentadilla de una pierna y prueba de caída de caja o caída de paso)		

Considere la posibilidad de electrocardiografía (ECG), ecocardiografía, derivación a un cardiólogo para antecedentes cardíacos anormales o hallazgos del examen, o una combinación de ellos. ** Considere el examen GU si se encuentra en un entorno médico apropiado. Se recomienda tener un tercero presente. *** Considere la evaluación cognitiva o la prueba neuropsiquiátrica basal si tiene antecedentes significativos de conmoción cerebral****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.

Reconozco que he revisado las páginas anteriores del historial del paciente y he realizado el examen físico anterior al alumno nombrado en este formulario.

Nombre del proveedor de servicios médicos (en imprenta) _____ Fecha _____

X Firma del proveedor de servicios médicos _____, MD, DO, DC, PA-C, APRN
(encierre en círculo uno)

Dirección _____ Teléfono _____

Proveedores de servicios médicos: Deberán completar el Formulario de Elegibilidad Médica de la página siguiente.

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 Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for Non-commercial educational purposes with acknowledgment.

■ KSHSAA – EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción

Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación posterior o tratamiento de

Médicamente elegible para ciertos deportes

No médicamente elegible, pendiente de una evaluación posterior

No médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el deporte(s) como se describe(n) en este formulario, excepto si se indica arriba. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen por completo al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del proveedor de servicios médicos (en imprenta) _____ Fecha _____

X Firma del proveedor de servicios médicos _____, MD, DO, DC, PA-C, APRN

Dirección _____ Teléfono _____

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. 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.

X 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.