



Colorado School for the Deaf and the Blind

Año escolar: 2022-2023

Departamento de Atletismo

## **FORMULARIO DE ACUERDO DE CONMOCIÓN CEREBRAL**

**RECUERDO:** Las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. La mayoría de los atletas con conmoción cerebral se recuperan rápida y completamente, algunos tendrán síntomas que durarán días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.

Es mejor perderse un partido que toda la temporada.

**ESTATUTO DE CONCUSIÓN DE CHSAA:** Si en cualquier momento durante la participación (práctica o competencia), un estudiante-atleta es retirado de la participación debido a un traumatismo craneal, el estudiante-atleta debe obtener un permiso por escrito para iniciar el protocolo de Regreso al Juego de la lista aprobada de proveedores de atención médica autorizados.

¿Quién está aprobado para dejar que un estudiante / atleta vuelva a jugar después de una conmoción cerebral?

La lista aprobada de proveedores de atención médica con licencia es ÚNICAMENTE: Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermera con Licencia, Asistente Médico Licenciado o Doctor en Psicología Licenciado con Capacitación en Neuropsicología o Evaluación y Manejo de Conmociones Cerebrales.

Protocolo de Regreso al Juego antes de reanudar la actividad cognitiva y física con la ayuda de médicos, entrenadores, preparadores físicos y maestros.

**Hemos leído la Hoja de Información sobre Conmociones Cerebrales y entendemos las expectativas establecidas. Entendemos el Estatuto de Conmoción Cerebral de la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Colorado.**

**Nombre del Estudiante-Atleta:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

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

## **Reglas para los atletas participantes Año escolar 2021-2022**

Todos los atletas que participan en atletismo Inter-escolar en CSDB deben cumplir con las reglas generales establecidas por el Departamento de Atletismo. Las reglas para la participación deportiva están de acuerdo con las pautas de la Asociación de Actividades de la Escuela Secundaria de Colorado (CHSAA) y las políticas de CSDB.

### **Reglas Generales**

- Los atletas de secundaria deben mantener un GPA de 2.0 o más (cada semestre) para participar en deportes.
- Los atletas deben asistir a la escuela durante todo el día escolar para poder participar en las actividades patrocinadas por CHSAA. En caso de situaciones de emergencia, el Director de Atletismo / Directores de Escuelas / Coordinador de Vida Estudiantil puede otorgar una excepción.
- Los atletas deben presentar una declaración de examen físico al Director de Atletismo antes de participar en cualquier deporte.
- Los atletas conocidos que usan o están en posesión de tabaco, alcohol y / o drogas serán automáticamente despedidos del equipo por el resto de la temporada (en ese deporte); si se descubre por segunda vez, los estudiantes serán excluidos de cualquier deporte durante un año calendario completo (365 días a partir de la fecha del incidente).
- Los atletas que hayan sido atendidos y atendidos por el personal de Servicios de Salud Estudiantil durante más de una hora no podrán participar en el juego de ese día. Los estudiantes que han perdido dos o más días de escuela, en una semana, no pueden jugar en el juego de esa semana.
- Los atletas deben pagar la cuota de participación deportiva o establecer un plan de pago con el Director de Atletismo al final de la primera semana de práctica. Si la cuota de participación en el deporte no se paga, o los arreglos de pago no se realizan al final de la primera semana de práctica, entonces el estudiante no podrá participar en prácticas o juegos hasta que se realicen el pago o los arreglos de pago. Si se arregla el plan de pago, se requiere el pago mensual.
- Los atletas que abandonan el equipo tienen dos días para decidir regresar al equipo. La tarifa no se reembolsará si un atleta abandona el equipo. Además, si un estudiante es retirado del equipo, CSDB no reembolsará la tarifa.

- Los atletas pueden participar en la lucha libre y el baloncesto, si los horarios lo permiten. Los entrenadores deben estar de acuerdo, en diciembre, si un estudiante puede pasar de un deporte a otro (es decir, la lucha al baloncesto o viceversa).
- Los atletas que violen el código de conducta de CSDB y / u otras reglas de la escuela no serán elegibles para participar en deportes hasta que cumplan con todas las sanciones disciplinarias.
- Los atletas que reciban dos calificaciones bajas en cualquier período de dos semanas, no serán elegibles para participar en juegos / encuentros oficiales durante las siguientes dos semanas. Sin embargo, todavía se espera que estos atletas entrenen con el equipo.
- CSDB despedirá a un atleta del equipo, si el atleta no es elegible dos veces (2 semanas de inelegibilidad) durante la temporada.
- Los atletas que son vistos por un médico o médico, para un tratamiento de emergencia, deben presentar un formulario de renuncia al Director de Deportes, antes de que se les permita practicar o jugar.
- Los atletas que rompen las reglas de la escuela / equipo se reunirán con el Director de Atletismo y el Coordinador de Vida Estudiantil, para apelar la posibilidad de ser despedidos del equipo, dependiendo de la gravedad de la situación.
- Los estudiantes que no cuiden de los uniformes / equipos serán responsables de los costos de reemplazo. Los atletas deben devolver los uniformes dentro de una semana a los entrenadores, después de la temporada o después de abandonar / abandonar el equipo.
- Se espera que los atletas muestren buena deportividad en temporada y fuera de temporada. Representan a CSDB y son modelos para seguir, en el campus, fuera del campus y en la comunidad en general durante todo el año escolar

Hemos leído lo anterior y aceptamos cumplir con las reglas establecidas. Nombre del

Estudiante (letra molde): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma de Padres: \_\_\_\_\_

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

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

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION 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. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

This form should be placed into the athlete's medical file and should not be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

Disclaimer: Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another examination.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

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

### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
    - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
    - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
    - Do you feel safe at your home or residence?
    - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
    - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
    - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / ( / )	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>		

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

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA