



Hola Padres y Tutores de CSDB,

¡Bienvenido de nuevo al año escolar CSDB 2023-2024! Me gustaría tomarme un momento para presentarme, soy Max Wilding, Especialista en Actividades / Director Atlético en CSDB. Estoy encantado de trabajar con su estudiante en nuestros programas atléticos en CSDB. Estamos emocionados de comenzar nuestra temporada de deportes de otoño.

- Ofreceremos una variedad de deportes y actividades este año. Por favor, consulte las fechas a continuación. Si su hijo está interesado en participar, complete los formularios en línea o devuelva la copia impresa al Director Atlético antes del primer día de clases, el 14 de agosto. Se deben recibir los formularios firmados para participar en cualquier práctica, juego o encuentro. **Se cobrarán cuotas atléticas de \$40 por deporte** al comienzo de cada temporada. Se le notificará que la tarifa vence y debe pagarse antes del primer día de práctica programada. La tarifa atlética ayuda a cubrir el costo del transporte, las comidas, el equipo, las tarifas de la liga y otros gastos. Habrá una tarifa adicional para viajes fuera del estado. Se le enviará información sobre tarifas adicionales en el momento apropiado, espere hasta \$ 100 por cada viaje fuera del estado. Los viajes fuera del estado serían solo para deportes de la escuela secundaria.
- **Voleibol de intermedia y secundaria**- Primera práctica el 14 de agosto y la temporada termina el 26 de octubre de 2023
- **Goalball de intermedia y secundaria** - Fechas por anunciar.
- **Baloncesto de intermedia**- Primera práctica el 23 de octubre y la temporada termina el 25 de enero de 2024.
- **Baloncesto de secundaria**- Primera práctica el 13 de noviembre y la temporada termina el 14 de febrero de 2024.
- **Carreras de Campo de Intermedia y secundaria** - Primera práctica el 4 de marzo y termina el 18 de mayo de 2024.
- **Olimpiadas Especiales** ofrecerá boliche, baloncesto y carreras de pista (comuníquese con Jessica Rawlins en jrawlins@csdb.org para obtener más detalles. Olimpiadas Especiales tiene diferentes formularios para completar).
- **También ofrecemos muchas actividades después de la escuela, si está interesado en obtener más información, envíeme un correo electrónico. Brindaremos fútbol de bandera, fútbol, tiro con arco, aventuras elementales y otras actividades.**

Si su hijo está interesado en participar en cualquiera de los deportes anteriores, complete los formularios en este paquete y devuélvalos antes del primer día de práctica de ese deporte. Hay un formulario separado para las actividades después de la escuela, vaya a ese formulario.

- Primera y segunda página - Formulario de Historial de Salud (Debe ser llenado y firmado por los padres/tutores)
- Tercera página - Formulario opcional - Formulario de Atletas con Discapacidad: Suplemento al Historial del Atleta (Debe ser llenado y firmado por los padres/tutores)
- Cuarta y quinta página - Formulario de examen físico y formulario de elegibilidad médica (debe estar firmado por el médico)
- Sexta página - Reglas para los atletas participantes (se requiere la firma del atleta y del padre)



- Séptima página - Formulario de acuerdo de conmoción cerebral (se requiere la firma del atleta y los padres)
- Cuota atlética adjunta de \$40 por deporte (Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta en línea)

Tendremos a nuestro Director Médico de la escuela, el Dr. Gage, en el campus para hacer exámenes físicos deportivos para nuestros atletas. Estará disponible para citas en varias fechas a lo largo del año. El costo del examen físico es de \$20. Envíe un correo electrónico a Max Wilding a mwilding@csdb.org lo antes posible si desea programar una cita para que su atleta reciba un examen físico aquí en la escuela. Por favor, comprenda que el formulario de historial de salud debe ser completado y firmado por los padres/tutores **antes** del examen físico.

Por favor, no dude en ponerse en contacto conmigo directamente con sus preguntas o inquietudes.

Gracias,

Max Wilding
CSDB Especialista de Actividades / Director Atlético
mwilding@csdb.org
Text- 719-726-5165 / VP-719-358-2629





Colorado School for the Deaf and the Blind

Año escolar: 2023-2024

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: Cualquier atleta que muestre signos, síntomas o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral (como pérdida del conocimiento, dolor de cabeza, mareos, confusión o problemas de equilibrio) deberá ser retirado inmediatamente de la participación y no podrá volver a jugar hasta que lo autorice un profesional de la salud autorizado. (Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermero Practicante Licenciado, Asistente Médico Licenciado o Doctor en Psicología Licenciado con Capacitación en Neuropsicología o Evaluación y Manejo de Conmociones Cerebrales).

Cualquier profesional de la salud o entrenador de CHSAA puede identificar signos, síntomas o comportamientos de conmoción cerebral de un estudiante atleta durante cualquier tipo de actividad deportiva. Una vez que se identifican los signos de conmoción cerebral, solo un profesional de la salud con licencia (como se define anteriormente) puede autorizar al atleta para que vuelva a jugar.

Protocolo de vuelta al juego antes de retomar la actividad cognitiva y física con la ayuda de médicos, entrenadores, preparadores deportivos y profesores.

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 o Tutor:

Fecha:

Reglas para los atletas participantes Año escolar 2023-2024

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 ≥ 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

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

■ 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"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
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"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a 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