

2019 – 2020

>>Favor de usar lapicero<<

**Woodburn High School
Deportes y Actividades
Información/Aseguranza/Formulario
de Consentimiento**

| <u>Deportes</u> | | |
|-----------------|-----------------|------------------|
| <u>Otoño</u> | <u>Invierno</u> | <u>Primavera</u> |
| FB GSOC | BBSKT GBSKT | BSBL SFTBL |
| BSOC VB | WRSL Dance | BTEN GTEN |
| XC Dance | Cheer | TRACK |
| Cheer | | GOLF |

Favor marque todas las que correspondan.

Instrucciones: Por favor completa todas las secciones en esta forma, ambos el frente y detrás. **NO DEJES** ningún espacio en blanco.
Notas Importantes: Cada estudiante atleta debe tener seguro médico, la ley del estado requiere que todos los estudiantes tengan un examen físico válido por lo menos una vez cada dos años. WHS aceptara exámenes físicos hechos en el año escolar previo, proveído que el examen este anotado en el formato mandado por el estado. A ningún estudiante se le permitirá participar, jugar o practicar de ninguna manera hasta que los papeles estén completos y sean sometidos y procesados.

Información de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____ Marque Uno: **WeBSS WACA AIS**
Calle, apartamento, o # de apartado postal Ciudad, estado, ZIP **WAAST Success**

Teléfono de su casa: _____ Otro Teléfono: _____

Padres/Principal Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Teléfono: _____

Segundo Contacto de Emergencia
Nombre: _____ Teléfono: _____

Información de Aseguranza

Los estudiantes que participan en atletismo, actividades, porristas, y equipos de bailes deben tener la cobertura de aseguranza apropiada. La cobertura de aseguranza debe ser verificada antes de la participación. Por favor indique su cobertura en el espacio inferior. La cobertura debe permanecer durante el tiempo de participación en actividades/atletismo de Woodburn.

Aseguranza de la Escuela (Se compra a través del distrito)

- Aseguranza Escolar (Myers Stevens Toohey) _____
Iniciales de Administrador/Fecha
- Programa Migrante 1-M _____
Iniciales de Administrador/Fecha
- Aseguranza Personal _____
Nombre de Compañía Número de Póliza

Consentimiento para Participar / Advertencia del Casco

1. En firmando abajo, el padre y estudiante reconocen las siguientes declaraciones y advertencias:
2. Yo permito este estudiante a participar en las actividades y competencias de la Escuela Preparatoria de Woodburn (WHS)
3. Hemos (padre / tutor / estudiante) leído y entendemos los requisitos académicos para ser elegibles y el código de conducta de WHS, y entendemos las consecuencias asociadas con la violación a esas reglas.
4. Yo permito que el transporte de WHS, transporte este estudiante a cualquier actividad/evento en el que él / ella este participando como miembro del equipo.
5. Yo comprendo que un riesgo de lesiones está asociado a la participación en actividades y concursos.
6. Yo autorizo al personal de WHS de asegurar el tratamiento médico necesario apropiado para este estudiante.
7. Yo autorizo la cesión de registros médicos del este estudiante y cualquier información referente a enfermedades o lesiones que sostenga mientras este participando, o que puedan afectar la participación en atletismo y/o actividades en WHS. Yo comprendo que la información cedida se usara solamente para asegurar una participación segura en atletismo inter escolar, actividades, clase de Educación Física, asegurar la rehabilitación segura de lesiones de acuerdo a los deseos del médico, y facilitar de otra manera el cuidado de salud apropiado según sea condicionalmente necesario. Esta autorización permanece en efecto por el periodo de un año civil de la fecha firmada abajo.
8. Reconozco que la escuela utiliza fotografías e imágenes de video de los acontecimientos en los materiales publicitarios, como el sitio del web de la escuela, periódicos y doy permiso para que la foto/imágenes de video de mi hijo o hijos que se toman sean utilizados con tales fines.
9. **(Para Fútbol Americano) ADVERTENCIA DEL CASCO: NINGÚN CASCO PUEDE PREVENIR TODAS LAS LESIONES A LA CABEZA O CUELLO DEL JUGADOR QUE PUEDA RECIBIR MIENTRAS ESTE PARTICIPANDO EN FÚTBOL. NO USES EL CASCO PARA DAR UN GOLPE CON LA CABEZA, CHOCAR O LANZAR AL JUGADOR OPUESTO. ESTO ES UNA VIOLACIÓN A LAS REGLAS DE FÚTBOL Y TAL USO PUEDE RESULTAR EN LESIONES SEVERAS A LA CABEZA O CUELLO, PARÁLISIS O MUERTE A TI O UNA LESIÓN POSIBLE A SU Oponente.**
ADVERTENCIASOBRE LA CONMOCIÓN CEREBRAL: FAMILIARIZARSE CON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS CONMOCIONES CEREBRALES, QUE PUEDEN INCLUIR DOLOR DE CABEZA, CONFUSIÓN, MAREOS Y PERDIDA DE MEMORIA, Y ACONSEJE A TODOS LOS ATLETAS DE REPORTAR SI PADECEN DE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS. SI UNA CONMOCIÓN CEREBRAL HA SIDO DIAGNOSTICADA, FAVOR DE NO VOLVER A JUGAR HASTA AUTORIZADO POR EXPERTOS ENTRENADOS MEDICAMENTE TRAS PUBLICACIONES ESCRITOS EN EL LAS DIRECTRICES PARA VOLVER A JUGAR (-NOCSAE, 2010)
10. Yo entiendo que puedo cancelar o toda la autorización mencionada arriba en cualquier tiempo por escrito a WHS. También entiendo que las autorizaciones mencionadas arriba son un requisito de participación y que una revocación puede resultar en que este estudiante sea despedido de la actividad.
11. Yo entiendo que al firmar declaró que toda la información es cierta y que la cobertura está al corriente y se mantendrá durante el término de participación del año escolar/atletico.
12. **Estudiante:** Yo he leído, entendido, y respetare las reglas y expectativas del Código de Conducta para Deportes/ Actividades de Estudiantes del Complejo de la Preparatoria Woodburn.
13. **Padre:** Yo he leído y entendido las reglas y expectativas del Código de Conducta para Deportes/Actividades de Estudiantes del Complejo de la Preparatoria Woodburn y doy permiso a mi hijo/hija para participar en los deportes/actividades del Complejo de la Preparatoria Woodburn.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____

Historial Médico (completar cada año de participación)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Si) (No) (No Se)

1. ¿Algún miembro de la familia ha muerto debido a un problema del corazón antes de los 50 años?
2. ¿Alguna vez el atleta se ha desmayado durante el ejercicio o dejado de hacer ejercicio por estar mareado o por tener dolor en el pecho?
3. ¿Tiene el atleta asma (dificultad al respirar), fiebre, otras alergias o carga un pluma EPI?
4. ¿Eres alérgico a cualquier medicina o a picaduras de abejas?
5. ¿Alguna vez se ha quebrado un hueso, usado yeso o ha tenido una lesión a una coyuntura?
6. ¿Tienes historia de conmoción cerebral (estado sin conocimiento) o ataques repentinos?
7. ¿Ha tenido el atleta un golpe o un golpe en la cabeza que causó confusión, problemas de memoria, o dolor de cabeza prolongado?
8. ¿Alguna vez has sufrido una enfermedad relacionada con el sol (insolación)?
9. ¿Tienes una enfermedad crónica o ves un médico regularmente por cualquier problema particular?
10. ¿Tomas medicinas recetadas, hierbas o suplementos nutricionales?
11. ¿Tienes solamente un órgano de un par de órganos (ojos, orejas, riñones, testículos, ovarios, etc.)?
12. ¿Has tenido anteriormente limitaciones a participación a los deportes?
13. ¿Has tenido episodios de falta de respiración, palpitaciones, historia de fiebre reumática o fatiga inusual?
14. ¿Te han diagnosticado con un soplo en el corazón o condición del corazón o hipertensión?
15. ¿Hay historia en los jóvenes de la familia del atleta quien ha tenido una enfermedad congénita o del corazón: Cardiomiopatía, Rito del corazón anormal QT largo, o síndrome de Marfan? (Puedes escribir, "No entiendo estos términos" y pon tú inicial en este punto, si es apropiado)
16. ¿Alguna vez has sido hospitalizado por una noche o has tenido cirugía?
17. ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos de tu deporte?
18. ¿Tienes algo que quieres discutir con el medico?
19. ¿Tienes problemas al respirar, tos o ronquido durante o después de una actividad?
20. ¿Estás insatisfecho con tu peso?
21. Mujeres Solamente:

¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual? _____

¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____

¿Cuándo fue el tiempo más largo entre periodos en este ultimo año? _____

Explica las respuestas que contestaste "Si":

Declaración del Padre / Tutor:

He revisado y contestado todas las preguntas arriba con la mejor de mi habilidad, Mi hijo/a y yo entendemos y aceptamos que hay riesgos de lesión seria y muerte en cualquier deporte, incluyendo el cual / los cuales mi hijo/a ha escogido participar. Le doy permiso a mi hijo(a) a participar en deportes / actividades. Autorizo tratamiento médico de emergencia y / o transportación a una instalación medica por dicha lesión o enfermedad considerada urgentemente necesaria por el estrenado de atletas, entrenador (coach) o una persona que ejerce una profesión médica. Entiendo que este examen físico antes de la participación en deportes no está diseñado ni es la intención de sustituir cualquier evaluación de salud comprehensiva.

Firmado: _____ Fecha _____
Padre / Tutor

Por ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección debe ser conducido por un médico que posee una licencia sin restricciones para practicar medicina, un asistente medico licenciado, una enfermera certificada para practicar o un quiropráctico licenciado que tiene entrenamiento clínico y experiencia en enfermedades cardiopulmonar v defectos.

SECCIÓN DE EXAMEN FÍSICO – PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ % BODY FAT (optional): _____ PULSE: _____ BP: _____/_____/_____
 VISION: R 20/____ L 20/____ CORRECTED: Y N PUPILS: EQUAL _____ UNEQUAL _____

| MEDICAL | NORMAL | ABNMORMAL FINDINGS | INITIAL* |
|-------------------------------------|--------|--------------------|----------|
| Appearance | | | |
| Eyes/Ears/Nose/Throat | | | |
| Lymph Nodes | | | |
| Heart: -Pericardial Activity | | | |
| -1 st & 2nd heart sounds | | | |
| -Murmurs | | | |
| Pulses: brachial/femoral | | | |
| Lungs | | | |
| Abdomen | | | |
| Skin | | | |

MUSCULOSKELETAL

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| Neck | | | |
| Back | | | |
| Shoulder/Arm | | | |
| Elbow/Forearm | | | |
| Wrist/Hand | | | |
| Hip/Thigh | | | |
| Knee | | | |
| Lower Leg/Ankle | | | |
| Foot | | | |

*Station-based examination only

CLEARANCE

_____ Cleared

_____ Cleared after completing evaluation / rehabilitation for:

_____ Not cleared for: Reason: _____

Recommendations: _____

Name of Medical Provider: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: (____) _____

Signature of Medical Provider: _____

Name of Physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____

Por ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección debe ser conducido por un médico que posee una licencia sin restricciones para practicar medicina, un asistente medico licenciado, una enfermera certificada para practicar o un quiropráctico licenciado que tiene entrenamiento clínico y experiencia en enfermedades cardiopulmonar y defectos.