

**A completarse para
estudiantes participando en
cualquier actividad NSAA.**

**Formulario de Consentimiento de Padres
y Estudiantes**



Año Escolar: 20____-20____
Escuela Afiliada: _____
Nombre de Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

El infrascrito (s) es el Estudiante y padre (s), guardián (es), o persona (s) a cargo de el Estudiante previamente nombrado y se referirá a ellos colectivamente como "Padre".

Por la presente, El Padre y Estudiante:

(1) Entienden y acuerdan que su participación en las actividades patrocinadas NSAA es voluntaria por parte del Estudiante y es un privilegio;

(2) Entienden y acuerdan que (a) por medio de este Formulario de Consentimiento, la NSAA ha proporcionado al Padre y Estudiante la información acerca de los peligros potenciales asociados con su participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad atlética puede resultar en heridas de cualquier tipo; (c) la gravedad de dicha herida puede ir desde cortes menores, moretones, torceduras, y desgarres musculares hasta heridas más serias a los huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, o músculos del cuerpo, hasta heridas catastróficas a la cabeza, cuello y columna vertebral, y en ocasiones extrañas, heridas tan graves que pueden resultar en la total discapacidad, parálisis y muerte; e (d) incluso con el mejor entrenador y la mejor guía, el uso del mejor equipo protector y el seguimiento estricto de las reglas, el lastimarse sigue siendo una posibilidad;

(3) Dan su consentimiento y acuerdan que la participación del Estudiante en actividades NSAA se encuentra sujeta a todas las leyes y regulaciones NSAA para su participación en las actividades patrocinadas NSAA, y las regulaciones y reglamento de la Escuela Afiliada NSAA por la que el Estudiante está participando; así mismo,

(4) Dan su consentimiento y acuerdan (a) la divulgación por parte de la Escuela Afiliada en la que el Estudiante se encuentra inscrito en NSAA y divulgación posterior por NSAA, de la información referente al Estudiante, incluyendo el nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, fotografía, lugar y fecha de nacimiento, campos de estudio, fechas de asistencia, calificaciones escolares, estatus de ingreso (ej., tiempo completo o medio tiempo) participación en actividades y deportes reconocidas oficialmente, peso y altura como miembro de un equipo atlético, grado de estudios, honores y reconocimientos recibidos, estadísticas en cuestión de su desempeño, registros o documentación en relación a su elegibilidad para las actividades patrocinadas NSAA; y (b) que el Estudiante sea fotografiado, grabado en video, grabado en audio, o grabado por cualquier otro medio mientras esté participando en actividades y concursos NSAA, consentimiento para renunciar a cualquier derecho de privacidad respecto de la exposición de dichas grabaciones, y renunciar a cualquier reclamo de derechos de cualquier tipo sobre dichas fotografías o grabaciones o a la exposición, venta o difusión de dichas fotografías o grabaciones.

(5) Dan su consentimiento y acuerdan autorizar al personal profesional de heridas del deporte para que evalúen y traten cualquier herida o enfermedad que ocurra durante la participación del estudiante en actividades NSAA. Esto incluye todos los cuidados razonables y necesarios, preventivos, tratamiento y rehabilitación de estas heridas. Esto también incluirá transporte del estudiante a la instalación médica correspondiente, si fuera necesario. Dicho personal profesional de heridas del deporte es totalmente independiente y no son empleados de NSAA.

(6) Reconocen que los Padres se encuentran obligados a pagar el cuidado médico profesional y/o servicios relacionados; la NSAA no será responsable del pago de dichos servicios. Damos nuestro permiso para que todos o cualquier proveedor de servicios de salud del Estudiante y la NSAA y sus empleados, equipo, agentes y consultores compartan y platiquen todos los registros e información acerca del estudiante, incluyendo información médica y registros confidenciales. Entendemos que esta cesión ha sido solicitada y puede ser utilizada con el propósito de determinar la elegibilidad correspondiente a las actividades de participación, aptitud física, heridas, estado de heridas, o emergencia.

Reconozco que he leído los párrafos (1) a (6) de arriba, entiendo y estoy de acuerdo a los términos aquí incluidos, incluyendo a la advertencia de riesgo potencial de heridas inherentes al participar en actividades atléticas.

Nombre del Estudiante [Imprimir Nombre]

Firma del Estudiante

Fecha

(Soy)(Somos) El [elija la opción correcta] (Padre) (Guardián) del Estudiante. (Yo)(Nosotros) reconozco que (Yo)(Nosotros) he leído los párrafos del (1) al (6) de arriba, entiendo y accedo a los términos aquí incluidos, incluyendo las advertencias de el riesgo potencial a heridas inherentes en su participación en actividades atléticas. Habiendo leído la advertencia en el párrafo (2) y entendiendo el riesgo de heridas potenciales a mi Estudiante, (Yo)(Nosotros) por el presente acto doy (mi)(nuestro) permiso para que _____ [ingrese el nombre del estudiante] practique y compita por parte de la escuela nombrada arriba en actividades aprobadas por la NSAA, **a excepción de aquellos marcados aquí abajo:**

Béisbol	Golf	Tenis	Producción de Juego	Básquetbol	Natación
Corredor	Futbol	Orador	Campo Traviesa	Futbol Soccer	Volibol

Música	Bolos Unificados	Softbol	Luchas	Debate	Periodismo
Pista y Campo Unificados					

Padre [Imprimir Nombre]
Revisado Enero 2020

Firma del Padre

Fecha

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

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): _____

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

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
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* <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 		

* 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

© 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 noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

I hereby give permission for the release of the attached student medical history and the results of the actual physical examination to the school for the purposes of participation in athletics and activities.

Parent or Legal Guardian Signature _____ 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: _____

