

Debe ser completado por los estudiantes que participan en cualquier actividad de la NSAA.

formulario de consentimiento del estudiante y de los padres



Año escolar: 20____-20____
Miembro del centro escolar: _____
Nombre de el/la estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Las partes abajo firmantes son el/la Estudiante y sus Padres, Guardián(es), o persona(s) a cargo del estudiante cuyo nombre se ve reflejado arriba en esta solicitud que serán referidos de ahora en adelante como "Padres".

Por el consiguiente documento los Padres y los Estudiantes:

(1) Entienden y están de acuerdo con que la participación por parte de el/la Estudiante en las actividades patrocinadas por la Asociación de Actividades Deportivas de Nebraska (NSAA) es voluntaria y también un privilegio;

(2) Comprenden y aceptan que (a) este Formulario de Consentimiento del NSAA ha sido proporcionado a los Padres y a el/la Estudiante a causa de los posibles peligros derivados de las actividades y de la participación en los deportes (b) la participación en cualquiera de las actividades puede suponer lesiones o enfermedades de algún tipo para el Estudiante (c) la gravedad de estas lesiones puede variar desde pequeños cortes, golpes, torcimientos, esguinces y distensión muscular, hasta otras lesiones más graves en los huesos, las articulaciones, ligamentos, músculos y tendones, e incluso hasta causar lesiones graves en la cabeza, el cuello, la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan severas que pueden llegar a causar discapacidad total, parálisis o la muerte (d) la severidad de las enfermedades pueden incluir enfermedades contagiosas como el virus de COVID-19, además de otras infecciones bacterianas que puedan resultar menos severas y que no lleguen a causar discapacidad o la muerte; y (e) a pesar de que haya una vigilancia máxima, se usen los mejores equipos protectores y se cumpla estricta y rigurosamente con la normativa, siempre existe la posibilidad de que se produzcan lesiones.

(3) Si se consiente que el Estudiante participe en actividades o deportes patrocinados por la NSAA, se acepta y se es consiente de que él o ella está sujeto al cumplimiento de los estatutos y a la interpretación que se haga de las normas del NSAA, así como a cumplir las reglas de las actividades y deportes que tenga el centro escolar miembro de la NSAA.

(4) Se consiente y acepta (a) la revelación del centro escolar miembro de la NSAA en el que está matriculado/a el/la Estudiante, y la posterior divulgación que la NSAA haga de información sobre el/la Estudiante como puede ser su nombre, dirección, teléfono, dirección de email, su fotografía, fecha y lugar de nacimiento, área de estudio, registro de asistencia, notas académicas, estado de matriculación (por ejemplo si está a tiempo completo o a media jornada), su participación en las actividades y en los deportes oficialmente reconocidos, su peso y estatura como miembro de los diferentes equipos deportivos, diplomas, distinciones y premios recibidos, estadísticas de su rendimiento, registro o documentación relacionados con su capacidad para ser patrocinado/a en actividades de la NSAA, registros médicos, y otra información relacionada con la participación del estudiante en actividades y competiciones dentro de la NSAA; y (b) que el/la Estudiante sea fotografiado, se le grabe en vídeo, audio o que sea grabado de cualquier otra forma mientras esté participando en actividades y competiciones de la NSAA, también se consiente y se renuncia a los derechos de privacidad sobre el uso de tales grabaciones, así como se renuncia a hacer reclamaciones de propiedad o a cualquier otro derecho en relación con tales fotografías o grabaciones, también a su emisión, venta o muestra de las fotografías y grabaciones.

(5) Se consiente y se acepta autorizar que el personal cualificado para tratar lesiones deportivas pueda evaluar y tratar cualquier tipo de lesión o enfermedad que ocurra durante la participación del Estudiante en las actividades del NSAA. Esto incluye cualquier tipo de cuidado preventivo necesario, el tratamiento y la rehabilitación para las lesiones producidas. Dentro de esto también se incluye el transporte de el/la Estudiante a las instalaciones médicas adecuadas si fuera necesario. El personal cualificado para tratar lesiones deportivas será contratado de forma independiente y por tanto no estarán empleados por la NSAA.

(6) Se reconoce también que los Padres están obligados a pagar los gastos médicos o de profesionales relacionados con estos; La NSAA no será responsable en ningún caso del pago de estos servicios. Asimismo autorizamos a cualquier servicio médico contratado por el Estudiante, y a la NSAA, a sus empleados, agentes y asesores para que compartan y hablen sobre cualquier registro e información pertinente al Estudiante, incluyendo información médica confidencial entre otros. Entendemos que el compartir esta información será algo que se realice mediante una petición, y como tal pueda usarse con el propósito de determinar la capacidad del Estudiante para realizar actividades de participación, ejercicios físicos, lesiones, el estado de las lesiones, o emergencias.

Por la mediante reconozco haber leído los párrafos desde el primero (1) al último (6), así como entender y estar de acuerdo con los términos presentados en ellos, incluyendo la advertencia sobre posibles riesgos de lesionarse inherentes en la participación de actividades, así como en los deportes mismos.

Nombre de el/la Estudiante _____ Firma de el/la Estudiante _____ Fecha _____

(Soy)(Somos) [redondee la opción apropiada] el/la los (Padre/Madre) (Guardián) del Estudiante. (Yo) (Nosotros) reconocemos que (Yo) (Nosotros) he/hemos leído desde el primero (1) al último (6), así como hemos entendido y estamos de acuerdo con los términos presentados en ellos, incluyendo la advertencia sobre posibles riesgos de lesionarse inherentes en la participación de actividades, así como en los deportes mismos. Habiendo leído la advertencia en el párrafo (2) y entendiendo el posible riesgo de lesión para mi Estudiante, (Yo) (Nosotros) por la presente concedo/concedemos permiso para que _____ [inserte el nombre de el/la Estudiante] entrene, compita y participe con el centro escolar previamente mencionado en actividades aprobadas por la NSAA, **con excepción de las que estén tachadas a continuación:**

Béisbol	Baloncesto	Bolos	Carrera campo a través	Debate	Fútbol Americano	Golf
Periodismo	Música	Teatro y Producción	Fútbol	Softball (variedad del béisbol)	Natación/ Submarinismo	Oratoria
Tenis	Atletismo	Bolos Unificado	Atletismo Unificado	Vóleibol	Lucha	

Nombre(s)* del/de la/los Padre/Madre/Guardián	Firma del Padre/Madre/Guardián	Fecha de la firma

***Tanto el Padre como la Madre deben firmar, a no ser que los padres estén divorciados, el progenitor con la custodia debe firmar, en el caso de que el/la Estudiante no esté viviendo con los padres, el Guardián con carácter legal tendrá que firmar.**

Los estudiantes y padres de OHS deben leer y firmar. Regrese a su entrenador oa la oficina de la escuela secundaria Jr-Sr.
Revisado en septiembre de 2021

■ 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		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: _____