

**EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – HISTORIA MÉDICA**

Para que un estudiante pueda participar en actividades deportivas, el padre de familia o tutor legal del estudiante deberá llenar este FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA del estudiante *todos los años*. Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que pudiese poner en peligro su participación en un evento deportivo.

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

# de ID \_\_\_\_\_ Grado en el '16-'17 \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Deporte \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Explique las respuestas "Sí" en el recuadro de abajo\*\*. Encierre en un círculo las preguntas para las que no sepa la respuesta.

- |   | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Has estado enfermo o te has lastimado desde tu último examen físico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Has experimentado dificultad para respirar después de hacer ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El año pasado, ¿pasaste una noche en el hospital?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sufres de asma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez fuiste operado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sufres de alergias que requieren el uso de medicamentos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Te has desmayado al hacer, o después de hacer ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Usas algún equipo especial de protección o correctivo o aparatos que por lo general no se usan en tu deporte o puesto (por ejemplo, rodillera, collarín, ortopedia para el pie, retenedor dental, audífonos en los oídos)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Alguna vez has tenido un esguince o inflamación después de una lesión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Al hacer ejercicio, ¿te cansas más rápidamente que tus amigos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has tenido problemas de dolor o inflamación en los músculos, los tendones, los huesos o las articulaciones?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez has tenido agitación o palpitaciones saltadas en el corazón?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si tu respuesta fue positiva, marca el recuadro apropiado y explica más abajo.   |                          |                          |
| ¿Alguna vez has tenido presión alta o colesterol alto?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cabeza  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo al corazón?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Codo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En tu familia, ¿ha fallecido alguien de problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años de edad?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antebrazo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En tu familia, ¿ha sido alguien diagnosticado con corazón agrandado, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otras canalopatías (síndrome de Brugada, etc., síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Espalda   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En los últimos meses, ¿tuviste alguna infección viral grave como por ejemplo miocarditis o mononucleosis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Muñeca  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez tu médico te negó o limitó tu participación en los deportes debido a problemas cardíacos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pecho   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez sufriste una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hombro  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez fuiste noqueado, quedaste inconsciente o perdiste la memoria?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dedo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si tu respuesta fue afirmativa:   |                          |                          | <input type="checkbox"/> Parte superior del brazo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo tuviste la última conmoción? _____  |                          |                          | 16. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en el presente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuán severa fue cada una? (Explica más abajo)  |                          |                          | ¿Tienes que perder peso regularmente para cumplir los requisitos del deporte?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez tuviste un ataque?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿Te sientes estresado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sufres dolores de cabeza frecuentes o fuertes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. ¿Alguna vez fuiste diagnosticado tener o recibiste tratamiento para la anemia de células falciformes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez sentiste adormecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| ¿Alguna vez tuviste un dolor de tipo punzante o un nervio comprimido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Solamente para jovencitas</b>   |                          |                          |
| 5. ¿Te falta alguno de los órganos pares?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿A qué edad tuviste tu primer período menstrual?   | _____                    |                          |
| 6. ¿Estás bajo cuidado médico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo tuviste tu período menstrual más reciente?   | _____                    |                          |
| 7. En el presente, ¿estás tomando medicamentos sujetos a receta médica o de venta sin receta (OTC) o usas un inhalador?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuánto tiempo pasa entre el comienzo de un período al comienzo de otro período?   | _____                    |                          |
| 8. ¿Sufres de alergias, por ejemplo al polen, medicamentos, alimentos, o a picaduras de insectos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuántos períodos menstruales tuviste el año pasado?   | _____                    |                          |
| 9. ¿Alguna vez has sentido mareos al hacer, o después de hacer ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál fue la cantidad de tiempo más larga entre períodos el año pasado?  | _____                    |                          |
| 10. En el presente, ¿tienes algún problema de la piel (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>A toda persona que responda de manera afirmativa a la pregunta referente a un posible problema de salud cardiovascular (pregunta #3) según identificado en este formulario, se le restringirá la participación hasta que sea examinada y autorizada por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico.</b> |                          |                          |
| 11. ¿Te enfermas si haces ejercicio al calor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | **EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SÍ" EN ESTE RECUADRO. (Adjunte otra hoja si fuese necesario).   |                          |                          |
| 12. ¿Has tenido problemas con tus ojos o tu visión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  |                          |                          |

Se entiende que aún con el uso de equipos de protección por el deportista cuando fuese necesario, la posibilidad de que ocurra un accidente aún está presente. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela asumen responsabilidad alguna en caso de accidente.

Si, en el juicio de un representante escolar, el estudiante mencionado más arriba necesita atención o tratamiento inmediato como resultado de una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y permito que tal atención o tratamiento sea provisto a dicho estudiante por un médico, un entrenador, un enfermero o un representante escolar. Por este medio acuerdo indemnizar y eximir a la escuela y a todo representante escolar o médico de toda reclamación por cualquier persona por tal cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de las competencias deportivas, ocurriese una enfermedad o lesión que impidiese la participación del estudiante en las mismas, me comprometo a notificar a las autoridades escolares acerca de tal enfermedad o lesión.

**Por la presente, declaro que según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas. Proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.**

**X** Firma del estudiante \_\_\_\_\_ **X** Firma del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Toda respuesta "SÍ" a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 requiere evaluación médica adicional como un examen médico. Antes de poder participar en prácticas, partidos o torneo deberá presentar un permiso autorizado por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico. ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O CONCURSOS DURANTE O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR.**

Para uso de la escuela solamente:

Este formulario de historia médica fue revisado por: Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – EXAMEN MÉDICO**

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % de grasa del cuerpo (opcional) Pulso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_)(\_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Presión arterial braquial al estar sentado)

Visión: D 20/ \_\_\_\_\_ I 20/ \_\_\_\_\_ Corregida:  SÍ  NO Pupilas:  IGUALES  DESIGUALES

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe llenarse en su totalidad antes de la participación en deportes de escuela intermedia y nuevamente antes de la participación en deportes del primer y el tercer año de escuela secundaria. Si en el Formulario de la Historia Médica del estudiante (al dorso) hay respuestas afirmativas (SÍ), este formulario debe llenarse en su totalidad. *\*La política local del distrito podría requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICO</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nódulos linfáticos			
Corazón – Auscultación del corazón en posición supina			
Corazón – Auscultación del corazón en posición de pie			
Corazón – Pulsos en las extremidades bajas			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (jovencitos solamente)			
Piel			
(Síndrome de Marfan (Aracnodactilia, pectus excavatum (pecho hundido), hiper movilidad articular, escoliosis,			
<b>MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie			

\*Examen basado en la estación solamente.

\*Si el médico realizó un ECG - \_\_\_\_\_ Autorizado \_\_\_\_\_ No Autorizado

**AUTORIZACIÓN**

- Autorizado**
  - Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación para:** \_\_\_\_\_
  - No autorizado para:** \_\_\_\_\_ **Razón:** \_\_\_\_\_
- Recomendaciones:** \_\_\_\_\_

*La siguiente información deberá ser provista y firmada por un Médico, un Médico Asistente certificado por la Junta Estatal de Médicos Asistentes, un Enfermero Certificado reconocido como un Enfermero Práctico Avanzado por la Junta de Enfermeros Examinadores o un Médico Quiropráctico. Los formularios de exámenes médicos firmados por cualquier otro profesional de la salud, no serán aceptados.*

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**X** Firma: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La evaluación basada en un ECG (a veces conocido también como EKG) puede ayudar a identificar a jóvenes deportistas que corren riesgo de sufrir muerte súbita. Las personas con esta condición, sufren una pérdida abrupta de las funciones del corazón lo cual tiene como resultado la muerte. Una evaluación basada en un ECG puede ayudar a diagnosticar varias condiciones cardíacas diferentes que podrían contribuir a la muerte súbita.

Al firmar abajo, escojo o declino la evaluación basada en un ECG provista por el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks para mi hijo. Al escoger la opción de recibir una evaluación basad en un ECG, reconozco las limitaciones del ECG y de que aún pudiese ocurrir la muerte súbita, a pesar de haber recibido la evaluación. Reconozco también que los estudiantes cuya evaluación basada en un ECG tenga un resultado anormal tendrán que someterse a otros exámenes (por ej. un ecocardiograma o ultrasonido) y/o a una cita médica antes de que puedan reintegrarse a las actividades de los equipos deportivos de CFISD. Con mi firma abajo, exonero de toda responsabilidad y/o reclamos en contra del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks, sus empleados, directivos, asesores y contratistas respecto a la participación del estudiante en el programa de evaluación basada en un ECG y autorizo al personal médico para que revise los resultados del ECG, los interprete y los use con fines de diagnósticos y estadísticas de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos.

**DOY permiso para la participación en la evaluación basada en un ECG en nombre de mi hijo menor de edad**

**DECLINO la participación en la evaluación basada en un ECG en nombre de mi hijo menor de edad**

---

Nombre del estudiante en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA**

**ORIGEN ÉTNICO:** CAUCÁSICO \_\_\_\_ HISPANO \_\_\_\_ AFROAMERICANO \_\_\_\_ ASIÁTICO \_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_

**# de ID del ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_ **SEXO:** MASCULINO \_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**GRADO:** \_\_\_\_ **ESTATURA:** \_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_

**ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA ESCUELA SECUNDARIA A LA QUE ASISTIRÁ EN 2016-2017:**

Cy-Creek      Cy-Fair      Cy-Falls      Cy-Lakes      Cy-Parks      Cy-Ranch  
 Cy-Ridge      Cy-Springs      Cy-Woods      Jersey Village      Langham Creek

*This section to be completed by Athletic Trainer*  
**DATE ECG COMPLETED**  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



**ACUSE DE RECIBO DEL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE CONMOCIÓN CEREBRAL**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**Definición de conmoción cerebral** – complejo proceso fisiopatológico que afecta al cerebro causado por un golpe o impacto físico en la cabeza o en el cuerpo, el cual podría: (A) incluir alteración temporal o permanente de la función cerebral que tuviese como resultado síntomas físicos, cognitivos o emocionales o patrones de sueño alterados; y (B) conllevar pérdida de conocimiento.

**Prevención** – Enseñar y practicar el juego limpio y las técnicas apropiadas.  
 – Respetar las reglas de juego.  
 – Asegurarse de que se use todo equipo de protección obligatorio en todas las prácticas y los partidos.  
 – El equipo de protección debe ajustarse bien, usarse correctamente e inspeccionarse regularmente.

**Signos y síntomas de una conmoción cerebral** – Algunos de los signos y los síntomas de una conmoción cerebral podrían ser: dolor de cabeza, lucir aturrido o desorientado, tinnitus (zumbido en los oídos), fatiga, arrastrar las palabras al hablar, náuseas o vómitos, mareos, pérdida de equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz y al ruido, sentirse confundido o grogui, pérdida de memoria o confusión.

**Supervisión** – Cada distrito deberá nombrar y aprobar a un Equipo para la Supervisión de Conmociones Cerebrales (COT). El COT deberá constar de por lo menos un médico y un entrenador atlético, si uno ha sido contratado por el distrito escolar. El equipo también podrá incluir a otros miembros: Enfermero de Práctica Avanzada, neuropsicólogo o asistente del médico. El COT deberá encargarse del desarrollo de un protocolo para el Regreso a los Deportes basado en evidencias científicas examinadas por pares profesionales.

**Tratamiento de una conmoción cerebral** - Si se cree que un estudiante-atleta ha sufrido una conmoción cerebral, deberá ser inmediatamente retirado de la práctica o competencia. Todo estudiante-atleta que se crea haber sufrido una conmoción cerebral deberá ser atendido por un médico antes de poder regresar a la participación en los deportes. El tratamiento para una conmoción cerebral es el descanso cognitivo. El estudiante deberá limitar la exposición a estimulaciones externas tales como: mirar televisión, jugar videojuegos, enviar mensajes de texto, usar la computadora y las luces brillantes. Cuando ya no haya presentes signos y síntomas de conmoción cerebral y el estudiante haya recibido el alta por escrito de parte del médico, el estudiante-atleta podrá comenzar su protocolo para el Regreso a los Deportes según determinado por el Equipo para la Supervisión de Conmociones Cerebrales.

**Regreso a los deportes** – De acuerdo a la Sección 38.157 del Código de Educación de Texas:  
 A un estudiante retirado de una práctica o competencia de atletismo inter escolar bajo la Sección 38.156 podría no permitírsele volver a practicar o a competir después del golpe o impacto que haya causado la conmoción cerebral hasta que:  
 (1) el estudiante haya sido evaluado, usando protocolos médicos establecidos basados en evidencias científicas examinadas por pares profesionales, por un médico tratante escogido por el padre o tutor legal del estudiante u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante;  
 (2) el estudiante haya cumplido satisfactoriamente cada requisito del protocolo de regreso a los deportes establecido bajo la Sección 38.153 necesario para el regreso del estudiante a los deportes;  
 (3) el médico tratante haya provisto una declaración por escrito indicando que, en su juicio profesional, no hay riesgo en que el estudiante regrese a los deportes; y  
 (4) el estudiante y el padre o tutor legal del estudiante u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante:  
 (A) tenga conocimiento de que el estudiante haya cumplido los requisitos del protocolo de regreso a los deportes necesarios para que el estudiante regrese a los deportes;  
 (B) haya provisto la declaración por escrito del médico, bajo la Subdivisión (3), a la persona responsable por el cumplimiento del protocolo para regreso a los deportes bajo el Artículo (c) y a la persona con las responsabilidades en materia de supervisión bajo el Artículo (c); y  
 (C) haya firmado un formulario de consentimiento indicando que la persona que lo firma:  
 (i) ha sido informada al respecto y está de acuerdo con que el estudiante participante regrese a los deportes de acuerdo con las condiciones del protocolo de regreso a los deportes;  
 (ii) comprende el riesgo asociado con el regreso del estudiante a los deportes y cumplirá con todo requisito actual del protocolo de regreso a los deportes;  
 (iii) está de acuerdo con la divulgación a personas apropiadas, coherente con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración por escrito del médico tratante bajo la Subdivisión (3) y, si correspondiese, las recomendaciones del médico tratante para el regreso a los deportes; y  
 (iv) comprende las provisiones de inmunidad bajo la Sección 38.159.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
 Fecha



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

### ¿Qué es un paro cardíaco súbito?

- Ocurre de repente y a menudo, sin aviso.
- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) latan a un ritmo peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular) y afecta la capacidad de bombeo del corazón.
- El corazón no puede bombear la sangre al cerebro, ni a los pulmones ni a otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte ocurre en cuestión de minutos, si la persona no se trata inmediatamente.

### ¿Qué causa un paro cardíaco súbito?

- **Condiciones presentes en el nacimiento**
  - **Condiciones hereditarias** (transmitidas de padres/parientes) **del músculo del corazón:**
    - ◆ **Miocardopatía hipertrófica** – hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de paro cardíaco repentino en los atletas de los EE.UU.
    - ◆ **Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho** – remplazo de parte del ventrículo derecho por la grasa y la cicatriz; la causa más común de paro cardíaco repentino en Italia.
    - ◆ **Síndrome de Marfan** – trastorno de la estructura de los vasos sanguíneos que los hace propensos a rupturas; a menudo asociado con los brazos muy largos y las articulaciones excepcionalmente flexibles.
  - **Condiciones hereditarias del sistema eléctrico:**
    - ◆ **Síndrome del QT largo** - anomalía en los canales iónicos (sistema eléctrico) del corazón.
    - ◆ **Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y Síndrome de Brugada** - otros tipos de anomalías eléctricas que son poco comunes pero que ocurren en ciertas familias.
  - **Condiciones no hereditarias** (no transmitidas por la familia, pero aún presentes en el nacimiento):
    - ◆ **Anomalías de las arterias coronarias** - anomalía de los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo del corazón; esta es la segunda causa más común de paro cardíaco súbito en los atletas de los EE.UU.
    - ◆ **Anomalías de la válvula aórtica** - insuficiencia de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) para desarrollarse correctamente; por lo general provoca un soplo en el corazón.
    - ◆ **Cardiomiopatía no compactada** - condición en la que el músculo del corazón no se desarrolla normalmente.
    - ◆ **Síndrome de Wolff-Parkinson-White** - fibra conductora adicional que está presente en el sistema eléctrico del corazón y que puede aumentar el riesgo de arritmias.
- **Condiciones no presentes en el nacimiento, pero adquiridas más tarde en la vida:**
  - ◆ **Conmoción cardíaca** – conmoción del corazón que puede ocurrir por ser golpeado en el pecho con una pelota, un disco o un puño.
  - ◆ **Miocarditis** – infección o inflamación del corazón, generalmente causada por un virus.
  - ◆ **Consumo de drogas con fines de recreación o para mejorar el rendimiento.** -
- **Idiopáticas** - Muchas veces se desconoce la causa subyacente del paro cardíaco súbito, incluso después de la autopsia.



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO

Revisado en junio de 2013

### ¿Cuáles son los síntomas / las señales de advertencia de un paro cardíaco súbito?

- Desmayo/desvanecimiento (especialmente durante el ejercicio)
- Mareo
- Cansancio o debilidad inusual
- Dolor en el pecho
- Insuficiencia respiratoria
- Náuseas/Vómitos
- Palpitaciones (el corazón late excepcionalmente rápido o con latidos intermitentes)
- Antecedentes familiares de paro cardíaco repentino a una edad menor de los 50 años

**CUALQUIERA de estos síntomas / señales de advertencia que ocurran durante el ejercicio podrían requerir una evaluación adicional del médico del estudiante antes de volver a la práctica o a un partido.**

### ¿Cuál es el tratamiento para el paro cardíaco súbito?

- El tiempo es crítico y la respuesta inmediata es vital.
- **LLAME AL 911**
- **Inicie la RCP (resucitación cardiopulmonar)**
- **Utilice un desfibrilador externo automático (AED)**

### ¿Cuáles son las formas de detectar un paro cardíaco súbito?

- La Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) recomienda una historia médica previa a la participación y un examen físico, que incluya 14 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de la UIL de evaluación física - historial médico, previo a la participación, incluye estos 14 elementos cardíacos importantes y es obligatorio llenarlo anualmente.**
- Un examen adicional mediante un electrocardiograma y/o un ecocardiograma, está también disponible para todos los atletas, pero no es obligatorio.

### ¿Dónde se puede encontrar información adicional sobre el examen?

- En la sección de paro cardíaco del sitio web de Salud y Seguridad de la UIL ([uiltexas.org](http://uiltexas.org))

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor (Letra de imprenta)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (Letra de imprenta)

He recibido y leído los siguientes documentos y me comprometo a seguir las reglas y los reglamentos.

- ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral)  
**Solo para estudiantes de escuela secundaria**
- UIL Acuse de recibo de los reglamentos
- UIL Uso de esteroides / Acuerdo de pruebas
- Formulario de deportividad
- Acuse de recibo de cobertura de seguro médico secundaria  
([http://www.cfsd.net/dept2/insur/ins\\_stu.htm](http://www.cfsd.net/dept2/insur/ins_stu.htm))

Reconozco que tengo acceso a, y que soy responsable de, la información titulada, UIL Manual para Padres ubicado en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu).

Nombre del padre / tutor legal (escribir en imprenta/a máquina): \_\_\_\_\_

**X** Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (escribir en imprenta/a máquina): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**X** Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_

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



**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS  
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ATLETISMO/DEPORTES**

**X** Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de que mi hijo(a) *sufra una lesión o enfermedad grave*, por medio de la presente doy permiso para que un médico, un entrenador o un empleado de la escuela consiga servicios médicos y/o administre cualquiera de los medicamentos marcados **SÍ** al dorso de esta tarjeta.

Nombre del estudiante (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_

Deporte(s) \_\_\_\_\_ Encierre en un círculo el grado a cursar en (12-13) 7 – 8 – 9 – 10 – 11- 12

Nombre de la escuela a asistir en ('16-'17) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular del estudiante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/ trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de la madre/trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (padres) \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_

El estudiante, ¿es alérgico a algún medicamento(s)?    SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Si respondió "SÍ", nombre el medicamento \_\_\_\_\_

Historia médica: Sírvase escribir el mes y el año de todo procedimiento quirúrgico, fracturas u otros problemas crónicos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR BEBIDAS CON ELECTROLITOS O MEDICAMENTOS ORALES**

MARQUE (✓) “SÍ” o “NO” PARA AUTORIZAR AL ENTRENADOR DE ATLETISMO A QUE LE DÉ A SU HIJO(A) LO SIGUIENTE:

- A. **Bebidas con electrolitos:** Gatorade/Powerade \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- B. **Antiinflamatorios / Calmantes:** Ibuprofen - (Advil) \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- C. **Antiinflamatorios / Calmantes:** Acetaminophen (Tylenol) \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- D. **Antiácido / Antináuseas:** Maalox – (Ardor de estómago y acidez estomacal) \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- E. **Antiácido / Antináuseas:** Pepto-Bismol – (Ardor de estómago y náuseas) TIENE ASPIRINA  SÍ  NO
- F. **Pastillas para la garganta/tos:** Cepacol – (Alivio temporal para el dolor de garganta) \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- G. **Alergias – Benadryl:** Reacciones alérgicas \_\_\_\_\_  SÍ  NO
- H. **Medicamento(s) o inhalador(es) recetados a su hijo(a) por un médico** \_\_\_\_\_  SÍ  NO



## ACUSE DE RECIBO DE LOS REGLAMENTOS

---

*Atención autoridades escolares: Este formulario debe ser firmado todos los años por el estudiante y uno de los padres/tutores legales y debe estar en los archivos de su escuela antes de que el estudiante pueda participar en toda sesión de prácticas, entrenamientos o competencias. En los archivos de su escuela debe haber también una copia del formulario de historia médica y el examen físico del estudiante firmado por un médico o un formulario de historia médica firmado por el padre o tutor legal.*

### Permiso del padre o tutor legal

Por medio de la presente otorgo permiso para que el estudiante anteriormente mencionado compita en los deportes aprobados por la Liga Interescolar Universitaria y viaje con los entrenadores u otros representantes escolares.

Se entiende que aunque el deportista/atleta use equipo de protección cada vez que sea necesario, aún cabe la posibilidad de que ocurran accidentes. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela secundaria asumirán responsabilidad en caso de accidente.

He leído y entiendo las reglas de la Liga Interescolar Universitaria al dorso de esta página y estoy de acuerdo con que mi hijo(a) acate las reglas de la Liga Interescolar Universitaria.

El abajo firmante se responsabiliza por la devolución en buen estado de todo equipo deportivo/atlético asignado por la escuela al estudiante anteriormente mencionado.

Si, a juicio de todo representante escolar, el estudiante anteriormente mencionado necesita cuidado y tratamiento inmediato debido a una lesión o por enfermedad, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para que dicho cuidado y tratamiento sea administrado a dicho estudiante por un médico, un entrenador de deportistas/atletas con licencia, un enfermero, un hospital un o representante escolar; y también por medio de la presente acuerdo indemnizar y eximir a la escuela y a todo representante escolar o médico de toda reclamación por cualquier persona por tal cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

Se me ha entregado una copia del Manual de Información para Padres de la UIL sobre los asuntos de salud y seguridad, incluso las conmociones cerebrales y mis responsabilidades en mi calidad de padre o tutor legal. Entiendo que proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.

El Manual de Información para Padres de la UIL está en: [www.uil texas.org/files/athletics/manuals/parent-information-manuel.pdf](http://www.uil texas.org/files/athletics/manuals/parent-information-manuel.pdf).

Su firma abajo proporciona la autorización necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores, médicos asociados y personal de seguros de los estudiantes compartan toda información referente a diagnósticos y tratamientos médicos para su estudiante.

Al padre/tutor legal:

Marque (✓) toda actividad en la que el estudiante tenga permiso para participar

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Béisbol                  | <input type="checkbox"/> Natación y Clavados |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto               | <input type="checkbox"/> Tenis               |
| <input type="checkbox"/> Carrera a campo traviesa | <input type="checkbox"/> Tenis/Equipo        |
| <input type="checkbox"/> Fútbol americano         | <input type="checkbox"/> Pista y Atletismo   |
| <input type="checkbox"/> Golf                     | <input type="checkbox"/> Voleibol            |
| <input type="checkbox"/> Fútbol                   | <input type="checkbox"/> Lucha libre         |
| <input type="checkbox"/> Sóftbol                  |  |

## Departamento de Atletismo de Cypress-Fairbanks

### Estándares para la deportividad

#### Expectativas de los padres

Los deportes juveniles son para los jugadores. Todos los padres de familia asociados con el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks son bienvenidos a gozar de los eventos deportivos en los que participan sus hijos siempre y cuando su comportamiento no distraiga a los jugadores y a los oficiales o interrumpa el juego. Todo problema que un padre de familia pueda tener con un entrenador, un oficial o un jugador deberá ser presentado por escrito a la oficina de atletismo de la escuela y deberá ser tratado en el lugar y horario apropiados y no en la cancha o durante el partido.

#### Los padres tienen que:

- Abstenerse de hacer comentarios a los árbitros, los jugadores, los entrenadores o los espectadores del equipo contrario a menos que tenga la intención de expresar interés genuino, amistad o ánimo.
- Evitar los comentarios rudos dirigidos a los jugadores de su mismo equipo cuando comenten un error en la cancha. Ya saben lo que hicieron. Permítanles aprender de sus errores.
- Aplaudir las buenas jugadas de ambos equipos.
- Apoyar siempre a los entrenadores independientemente del resultado en la cancha o la pista. Los entrenadores contribuyen muchas horas de su tiempo a sus hijos. Se merecen sus felicitaciones cuando el equipo gana y su aliento cuando pierde.
- Permanecer siempre en el área para los espectadores.

Su cooperación y su apoyo a estas normas antes, durante y después de los partidos harán más divertidos los eventos atléticos del CFISD para todos los presentes.

#### Los padres deben:

- Abstenerse siempre de usar palabras o gestos obscenos durante los partidos.
- Evitar hacer comentario o gestos que expresen desacuerdos con las decisiones de los árbitros.
- Cooperar de inmediato con toda solicitud presentada por los oficiales de los partidos.

Todo padre que no se adhiera a estas normas deberá abandonar el área de juego. El CFISD se reserva el derecho de suspender a todo espectador que no cumpla con estas reglas para la deportividad. Esta política se aplica a todos.

Para obtener acceso a información completa e integral sobre el Programa de Victoria con Honor de Cypress-Fairbanks ISD, visite: [www.cfisd.net/athletics](http://www.cfisd.net/athletics).

**BENEFICIOS MÉDICOS (lo que paga el plan de seguro)**— Cuando la lesión cubierta por esta póliza resulta en tratamiento por un médico autorizado, dentro de un plazo de tiempo de 180 días de la fecha de la lesión, la Compañía pagará los cargos normales y habituales, (H&C, por sus siglas en inglés) incurridos por servicios y materiales según listados a continuación, por gastos realmente incurridos dentro de un plazo de tiempo de un año de la fecha de la lesión hasta un Beneficio Médico Máximo de \$25,000 por lesión. Esta póliza pagará beneficios independientemente de toda Otra Cobertura Válida. A menos que se indique lo contrario, todas las cantidades listadas a continuación son por lesión.

**A. BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**

1. Habitación y comida en el hospital
2. Cuidado intensivo (en lugar de habitación y comida en el hospital)
3. Servicios varios en el hospital (todos los cargos excepto habitación y comida)
4. Visitas médicas no quirúrgicas (no incluye la fisioterapia, día de cirugía no pagado)
5. Tratamiento de fisioterapia (incluye *whirlpool*, diatermia, EMS, masaje, manipulación o ajustes de cualquier forma y/o visitas al consultorio médico relacionados con ello)
6. Rayos X y Servicios de Radiología
7. Enfermera registrada

**B. BENEFICIOS PARA PACIENTES – CIRUGIA AMBULATORIA**

1. Cirugía el mismo día (cargo de la instalación) Materiales para la habitación y todos los otros gastos para la cirugía ambulatoria

**C. OTROS BENEFICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

1. Cargos de sala de emergencia del hospital
2. Rayos X y Servicios de Radiología
3. *CAT Scans, MRI y Bone Scans*
4. Servicios de laboratorio
5. Visitas médicas no quirúrgicas (día de cirugía no pagado)
6. Cuidado médico de emergencia no quirúrgico
7. Aparatos ortopédicos (cuando recetados por el médico para recuperarse)
8. Vacunas e inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas de la lesión)
9. Medicamentos recetados
10. Tratamiento de fisioterapia (incluye *whirlpool*, diatermia, EMS, masaje, manipulación o ajustes de cualquier forma y/o visitas al consultorio médico)
11. Servicios de ambulancia (por aire o por tierra)
12. Reemplazo de anteojos (si se recibe tratamiento médico por una lesión cubierta por el seguro)
13. Equipo médico durable (solo después de la cirugía)

**D. OTROS SERVICIOS MEDICOS**

1. Tratamiento dental (en lugar de todo otro beneficio médico, inclusive rayos X de dientes sanos y naturales)
2. Atención médica por servicios quirúrgicos (pacientes hospitalizados o ambulatorios)

Se permitirá solo un procedimiento médico (el que haya sido programado) cuando se hagan otros procedimientos por la misma incisión o en sucesión inmediata)

3. Cargos del asistente de cirugía (pacientes hospitalizados o ambulatorios)
4. Cargos del anestesiólogo (pacientes hospitalizados o ambulatorios)

**E. LESIÓN POR ACCIDENTE EN VEHÍCULO MOTORIZADO**

**F. OTROS BENEFICIOS** – La hipertermia y el agotamiento por el calor se cubrirán como cualquier otro accidente.

**G. MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO**

Cuando la lesión cubierta por esta póliza tiene como resultado la Muerte Accidental o el Desmembramiento, dentro de un plazo de 180 días del accidente, se pagarán los siguientes beneficios:

Pérdida de la vida.....	\$2,000	Desmembramiento doble .....	\$10,000
Pérdida de un ojo .....	\$2,000	Desmembramiento solo.....	\$ 2,000

**EXCLUSIONES (lo que NO paga el plan de seguro)**

1. Toda enfermedad, dolencia, infección (a menos que sea causada por una herida abierta), inclusive, pero no limitada a: empeoramiento de un problema congénito, ampollas, dolores de cabeza, hernias de cualquier tipo, enfermedad mental o física, trastorno de *Osgood-Schlatter*, osteocondritis, osteocondritis disecante, osteomielitis, espondilólisis, desplazamiento de la epífisis capital, ortodoncia.
2. Lesiones por las cuales los beneficios se pagan según las leyes de Compensación de Trabajadores o Ley de Responsabilidad del Empleador.
3. Toda lesión causada por un vehículo motorizado de dos o tres ruedas, una moto de nieve o todo vehículo motorizado o a motor no diseñado primariamente para uso en las calles y las carreteras públicas, a menos que la persona asegurada esté participando en una actividad patrocinada por el titular de la póliza de seguro.
4. Reemplazo de lentes de contacto, audífonos, o recetas y exámenes de ello.
5. La participación, práctica o juego de actividades UIL inclusive el viaje a (o desde) tal actividad, práctica o juego para estudiantes en 7<sup>mo</sup> grado y grados superiores, a menos que se pague tal prima.

**Todas las cantidades listadas a continuación son por lesión**

Tarifa para habitación semi privada  
 1.5 X Tarifa para habitación semi privada  
 U&C, primer día hasta \$1,000 y después hasta \$500 por día; máximo de \$5,000  
 U&C, primer día de tratamiento hasta \$50 y visitas subsiguientes hasta \$40; máximo de 10 visitas  
 Incluido en el beneficio de servicios varios en el hospital

Incluido en el beneficio de servicios varios en el hospital  
 U&C

U&C, hasta \$2,000

U&C, hasta \$300  
 U&C, hasta \$250 por la instalación y \$50 por interpretarlos  
 U&C, hasta \$750 por la instalación y \$50 por interpretarlos  
 U&C, hasta \$100  
 U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 10 visitas  
 U&C, hasta \$150  
 U&C, hasta \$500  
 U&C, hasta \$50  
 U&C, hasta \$50  
 U&C, hasta \$50 por visita; máximo de 5 visitas

U&C, hasta \$1,000  
 U&C, hasta \$200

U&C, hasta \$100

U&C, hasta \$200 por diente

U&C, hasta \$2,500

25% de lo asignado para la cirugía  
 25% de lo asignado para la cirugía  
 Igual que cualquier lesión, hasta \$1,000

LA PÓLIZA CONTIENE UNA PROVISIÓN QUE LIMITA LA COBERTURA DE LOS CARGOS NORMALES Y HABITUALES. ESTA LIMITACIÓN PODRÍA TENER COMO RESULTADO GASTOS ADICIONALES A SER PAGADOS POR EL ASEGURADO.



## Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Departamento de Seguros

### SEGURO VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

2016-2017

Estimado padre de familia o tutor legal:

¡Bienvenido a este nuevo año escolar en el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks! El propósito de esta carta es brindarle información acerca de algo que muy pocos de nosotros tomamos en cuenta al comenzar un nuevo año escolar: **los accidentes y las lesiones que puedan sufrir nuestros niños**. Durante el año, a pesar de todos nuestros esfuerzos, algunos de nuestros estudiantes se lesionarán al participar en las actividades escolares diarias o sufrirán algún accidente de camino a la escuela o de regreso a la casa. **Las leyes del estado de Texas prohíben a los distritos escolares asumir la responsabilidad económica o legal de las lesiones sufridas por nuestros estudiantes u otras personas**. Teniendo esto presente, el distrito ha dispuesto ofrecer una póliza de seguros contra accidentes para estudiantes, la cual usted puede comprar. Esta póliza está disponible para todos los estudiantes y empleados del distrito.

La póliza del Plan de Seguro Voluntario contra accidentes, para estudiantes, fue seleccionada y aprobada después de haber revisado detenidamente varios programas de seguros disponibles. **Los beneficios cubiertos por este plan se pagan como primarios, antes de tener en consideración cualquier otro seguro que tenga el estudiante**. Los beneficios de este plan son limitados; por lo tanto, sírvase leer detenidamente el plan de beneficios ante de inscribir al estudiante.

**Compañía de Seguro: Security Life Insurance Company of America** ofrecida por medio de **The Brokerage Store**.

Cobertura contra accidente durante el horario escolar	\$ 25.00
Cobertura contra accidente de tiempo completo (24 horas)	\$105.00
Extensión a cobertura dental contra accidentes	\$ 9.00

Para obtener más información acerca del plan, las primas de seguro y los procedimientos para la inscripción en el mismo, visite: <http://www.sas-mn.com>. Una vez allí, seleccione K12, haga clic en *Find My School*; 1. Escoja Texas; 2. Seleccione Cypress-Fairbanks ISD. Los materiales en el sitio web están disponibles en inglés y en español. Para evitar demoras en la fecha de vigencia del seguro del estudiante, sírvase enviar el formulario de inscripción y el pago por correo postal según indicado o inscriba a su hijo y pague en línea. **No envíe el formulario de solicitud a la escuela**. Si tiene alguna pregunta al respecto, sírvase llamar a la oficina del Departamento de Seguros del distrito al (281) 897-3882 o llame al agente del plan de *The Brokerage Store* al (800) 366-4810.

Usted también puede tener acceso a la información acerca de la inscripción a través del sitio web del distrito en [www.cfisd.net](http://www.cfisd.net). Haga clic en *Departments*, clic en *Insurance*, clic en *Student Insurance*.

Todas las escuelas han recibido una cantidad limitada de folletos informativos acerca de este plan de seguros para compartir con los padres de familia que no tengan acceso a Internet. Sírvase llamar a la escuela de hijo para solicitar que le envíen un folleto con su hijo.

Todos los cargos incurridos que sobrepasen los límites de la póliza son responsabilidad del padre o tutor legal del estudiante.

**Aviso especial para los padres de estudiantes de 7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> grado cubiertos bajo el "Plan de Seguro contra Accidentes en todos los Deportes y Actividades" pagado por el distrito.**

La cobertura voluntaria "En la escuela" y de "24 horas" podría usarse para pagar los **\$750 de deducible aplicable por cada lesión**, cubierta bajo el "Plan de Seguro contra Accidentes en todos los Deportes y Actividades". Esta póliza de grupo cubre solamente a estudiantes en 7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> grado que sufran una lesión durante su participación en actividades patrocinadas por la escuela. Para información sobre la póliza de grupo comuníquese con el entrenador, director técnico o patrocinador del programa atlético.



## **Liga Interestroscolar Universitaria**

### **Formulario de Acuse de Recibo/Acuerdo del Padre y el Estudiante Uso de esteroides anabólicos y Programa de pruebas aleatorias de esteroides**

- Las leyes del estado de Texas prohíben la posesión, el despacho, la distribución o la administración de esteroides de manera no permitida por las leyes del estado.
- Las leyes del estado de Texas establecen también que el culturismo, desarrollo excesivo de los músculos mediante el uso de esteroides por una persona con goce de buena salud, no es un propósito médico válido.
- Las leyes del estado de Texas requieren que solo un profesional licenciado con autoridad pueda recetar esteroides a una persona.
- Toda violación de las leyes estatales referentes a los esteroides es una ofensa criminal castigada por el encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

#### **ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO DEL ESTUDIANTE**

Como prerrequisito para la participación en las actividades atléticas de la UIL, me comprometo a no usar esteroides anabólicos en conformidad con lo definido en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL. He leído este formulario y entiendo que se me podrá pedir que me someta a pruebas para detectar la presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo y por medio de la presente me comprometo a someterme a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado. Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides pueda ser compartido con ciertas personas en mi escuela secundaria en conformidad con el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides se mantenga en forma confidencial hasta el punto requerido por la ley. Entiendo que proporcionar información inexacta y falsa podría tener como resultado que esté sujeto a las penalidades determinadas por la UIL.

#### **ACUSE DE RECIBO Y CERTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL**

Como prerrequisito para la participación de mi estudiante en las actividades atléticas de la UIL, acuso recibo y certifico que he leído este formulario y que entiendo que mi estudiante deberá abstenerse del uso de esteroides anabólicos y que se le podrá pedir que se someta a pruebas para detectar la presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Por medio de la presente certifico estar de acuerdo con que mi estudiante se someta a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado. Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides sea compartido con ciertas personas en la escuela secundaria de mi estudiante en conformidad con el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo que proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.

**\*\*ESCUELA SECUNDARIA SOLAMENTE\*\***



CONSENTIMIENTO PARA ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, doy consentimiento para que al estudiante se le administre una prueba de base y una prueba después de una conmoción cerebral ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) en una Escuela Secundaria de CFISD si participa en un deporte de contacto. Entiendo que mi hijo podría tener la necesidad de ser evaluado más de una vez, dependiendo de los resultados de la evaluación, según comparada con la evaluación de base de mi hijo, cuyos resultados estarán archivados en su escuela secundaria. Entiendo que no hay que pagar por la evaluación realizada en CFISD.

CFISD podría divulgar el resultado de la prueba ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) con el médico de cabecera, el neurólogo y/u otro médico que esté tratando a mi hijo. Autorizo al personal de CFISD para que se comunique con el médico de cabecera, el neurólogo y/u todo otro médico que esté tratando a mi hijo respecto a los resultados de la prueba ImPACT.

Entiendo que la información general acerca de los datos de la evaluación podría compartirse con el consejero y los maestros de mi hijo con el propósito de proporcionar modificaciones académicas temporales, si fuese necesario.

Para más información sobre ImPACT, visite: [www.impacttest.com](http://www.impacttest.com)

## INFORMACIÓN GENERAL

Los entrenadores escolares no podrán:

- Transportar, inscribir o enseñar a estudiantes de 7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> grado de su zona de asistencia en campamentos no escolares de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o voleibol (excepción: Ver Sección 1209 del folleto *Constitución y Reglamento de la Competencia*.)
- Proporcionar instrucción o programar prácticas para un estudiante o equipo en particular fuera de la temporada excepto en el horario programado para deportes/atletismo, para béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o voleibol, durante el día escolar.
- Las escuelas y los clubes de apoyo no podrán proporcionar fondos, cuotas o transporte para actividades no escolares.

### REQUISITOS GENERALES PARA ELEGIBILIDAD

De acuerdo con las normas de la UIL, los estudiantes podrían ser elegibles para representar a su escuela en actividades ínter escolares si:

- No tienen, o son mayores de, 19 años de edad antes del 1<sup>ro</sup> de septiembre del año lectivo actual. (Ver Sección 446 del folleto *Constitución y Reglamento de Competencias*.)
- No se han graduado de la escuela secundaria.
- Se han inscrito antes del sexto día de clase del año lectivo actual o han asistido a clases por quince días inmediatamente anteriores a una competencia universitaria (*varsity*).
- Son estudiantes de tiempo completo en la escuela secundaria participante a la que desean representar.
- Se inscribieron inicialmente en noveno grado no más de cuatro atrás.
- Cumplen con las normas académicas establecidas por la ley estatal.
- Viven con sus padres dentro de los límites de asistencia escolar del distrito durante su primer año de asistencia a la escuela. (La residencia de los padres aplica solamente a la elegibilidad de atletismo universitario.) Cuando los padres no viven dentro de la zona de asistencia escolar del distrito, el estudiante podría ser elegible si: ha asistido de forma continua por un mínimo de un año calendario y no se ha inscrito en ninguna otra escuela; no se le ha dado ningún incentivo para asistir a la escuela (por ejemplo, los estudiantes o sus padres deben pagar pensión completa cuando no viven con un familiar; los estudiantes que deben conducir para ir al distrito deben pagar su propio transporte); y si el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela no viola las normas escolares locales o de la TEA. Los estudiantes colocados por la Comisión de Jóvenes de Texas están cubiertos bajo la Residencia de Custodia (Ver sección 442 del folleto *Constitución y Reglamento de Competencias*).
- Han cumplido con todas las provisiones de la Regla de Premios.
- No han sido reclutados. (Esto no se aplica al reclutamiento por colegios universitarios según lo permite la regla.)
- No han violado ninguna provisión de la regla para los campamentos de verano. Los estudiantes que recién se hayan inscrito en los grados 10 al 12 no podrán asistir a campamentos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol o voleibol en los que un entrenador de séptimo a duodécimo grado de la zona de asistencia escolar de su mismo distrito trabaje, enseñe, transporte o inscriba a ese estudiante en el campamento. Los estudiantes que se inscribirán en 7<sup>mo</sup>, 8<sup>vo</sup> y 9<sup>no</sup> grado podrán asistir a un campamento de béisbol, de baloncesto, de fútbol americano, de fútbol, de sóftbol y de voleibol en el que un entrenador de la zona de asistencia escolar de su distrito sea empleado, por no más de seis días consecutivos, todos los veranos y en cada tipo de campamento. Los campamentos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol y voleibol donde los miembros del personal escolar trabajan con sus propios estudiantes pueden llevarse a cabo en el mes de mayo (después del último día de clases), junio, julio y agosto, antes del segundo lunes del mes de agosto. Si esos campamentos están patrocinados por los miembros del personal escolar del distrito, deberán llevarse a cabo dentro de los límites de asistencia escolar del distrito y el superintendente o su representante deberá aprobar las cuotas.
- Han cumplido con todas las provisiones del Reglamento de Atletismo Aficionado. Los estudiantes no podrán aceptar dinero u otras remuneraciones valiosas (propiedad o servicios tangibles o intangibles que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por su participación en deportes/atletismo durante cualquier parte del año. Los deportistas/atletas no podrán recibir consideraciones de valor por permitir que se use su nombre para la promoción de productos, planes o servicios. Los estudiantes que inadvertidamente violen el reglamento de atletismo aficionado aceptando remuneraciones valiosas podrán volver a obtener su elegibilidad devolviendo dicha remuneración. Si los estudiantes devuelven la remuneración recibida dentro de un período de 30 días después de haber sido notificados de la violación de la regla, podrán volver a obtener su elegibilidad al devolverla. Si no la devuelven dentro del período de 30 días, permanecerán inelegibles por un año a partir de la fecha en que aceptaron dicha remuneración. Durante el período de tiempo en que los estudiantes reciben una remuneración valiosa hasta que la devuelven, no son elegibles para las competencias atléticas universitarias en el deporte en el que ocurrió la violación. La pena mínima por participar en una competencia sin ser elegible es la pérdida automática de dicha competencia.
- No se han cambiado a otra escuela con propósitos atléticos.

**Entiendo que proporcionar información falsa en los formularios de la UIL podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.**