

Acuerdo de Liberación de Responsabilidad y Asunción de Riesgos

DEPORTES Y ANIMACIÓN/PORRISTA/ACROBACIAS

NOMBRE DE ESTUDIANTE		ESCUELA	
<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Softbol	<input type="checkbox"/> Polo acuático
<input type="checkbox"/> Baloncesto	<input type="checkbox"/> Lacrosse (deporte de pelota y raqueta)	<input type="checkbox"/> Natación/Buceo	<input type="checkbox"/> Lucha
<input type="checkbox"/> Porrista / Acrobacias	<input type="checkbox"/> Powder Puff (fútbol americano de mujeres)	<input type="checkbox"/> Tenis	ENUMERE CUALQUIER OTRO:
<input type="checkbox"/> Cross-Country/ Campo Travesía	<input type="checkbox"/> Esquí/Snowboarding (deporte tabla sobre nieve)	<input type="checkbox"/> Pista para correr	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fútbol Americano	<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> _____

Este es un acuerdo de liberación de responsabilidad y asunción de riesgo. Léalo cuidadosamente y firme abajo. La finalización de este comunicado es un requisito previo para participar en una actividad atlética Inter escolar o en un club escolar o actividad escolar patrocinada por la escuela designada o (en lo sucesivo, denominadas colectivamente como "actividades relacionadas con la escuela"). Este comunicado esencialmente dice que mi hijo/hija o yo, como estudiante de al menos 18 años de edad, nombrado anteriormente (en adelante "estudiante mencionado anteriormente") participará en las actividades relacionadas con la escuela como se especifica anteriormente. Si el estudiante mencionado anteriormente este herido, lesionado o incluso muere, yo / nosotros (es decir, el estudiante, Sus padres, tutores, herederos o estudiantes de al menos 18 años de edad, en lo sucesivo "estudiantes no menores de edad") no presentarán una reclamación ni demandarán al Distrito (en lo sucesivo, "Distrito"), sus fideicomisarios, funcionarios, empleados y agentes. o esperar que sean responsables o paguen por cualquier daño.

Yo, el firmante a continuación , entiendo y reconozco que el estudiante mencionado anteriormente ha elegido voluntariamente participar en actividades relacionadas con la escuela bajo su propio riesgo. Yo/nosotros sabemos y entendemos completamente que dichas actividades relacionadas con la escuela pueden implicar numerosos riesgos y peligros, tanto conocidos como desconocidos, donde pueden ocurrir accidentes graves, y donde los participantes pueden sufrir lesiones físicas, daños a su propiedad, o incluso morir.

Independientemente de si la actividad relacionada con la escuela implica contacto físico o no, cualquier actividad puede tener riesgos inherentes de lesión que son inseparables de la actividad. Yo / nosotros reconocemos y voluntariamente asumimos todos los riesgos y peligros de lesiones potenciales, parálisis y muerte en las actividades relacionadas con la escuela, incluyendo cualquier transporte hacia o desde cualquier actividad / es relacionada con la escuela. Además, al dar su consentimiento para que este estudiante vaya con un representante de la escuela, se reconoce que la(s) actividad(es) / es será(n) considerada(s) como una "excursión" o "excursión(es)" para la cual hay inmunidad completa de acuerdo con el Código de Educación, artículo 35330.

Yo/nosotros, los abajo firmantes, entiendo y reconozco que las actividades relacionadas con la escuela contienen riesgos potenciales de daño o lesión. Las lesiones pueden surgir de las acciones o inacciones del estudiante, las acciones o inacciones de otro estudiante o participante, o el fracaso real o supuesto por parte de los empleados, agentes o voluntarios del distrito para entrenar adecuadamente, capacitar, instruir o supervisar. Las lesiones también pueden surgir de una falla real o supuesta de mantener, usar, reparar o reemplazar adecuadamente las instalaciones o equipos físicos. Las lesiones también pueden surgir de no diagnosticados, diagnosticados incorrectamente, no tratados, tratados incorrectamente, o tratados inoportunamente o reales Lesiones potenciales, sean o no causadas por la participación del estudiante. Todos estos riesgos se consideran inherentes a la participación del estudiante en actividades relacionadas con la escuela.

En consideración para que el Distrito permita que el estudiante mencionado anteriormente participe en las actividades relacionadas con la escuela especificadas anteriormente, yo / nosotros acordamos voluntariamente liberar, renunciar, despedir y mantener indemne/eximir al DISTRITO y sus fideicomisarios, funcionarios, empleados y agentes de cualquier y todas las reclamaciones de responsabilidad que surjan de su negligencia, o cualquier otro acto u omisión que cause la enfermedad. lesión. muerte. o daños de cualquier naturaleza del

participación del estudiante en las actividades relacionadas con la escuela. Yo/nosotros también expresamente acordamos liberar y eximir al DISTRITO, sus fideicomisarios, oficiales, empleados y agentes de cualquier acto u omisión de negligencia en la prestación o no prestación de cualquier tipo de servicios médicos o de emergencia.

Como padre o tutor legal del estudiante / participante menor de 18 años de edad, he leído y acepto voluntariamente que mi hijo / hija puede participar en las actividades relacionadas con la escuela designadas anteriormente y firmo este comunicado en su nombre. *Al firmar este documento, reconozco y entiendo completamente que, si mi hijo / hija es herido, muere, o su propiedad es dañada, estoy renunciando a mi derecho y el derecho de sus herederos de hacer una reclamación o presentar una demanda contra el DISTRITO, sus fideicomisarios, oficiales, empleados y agente.*

Al firmar a continuación, yo/nosotros reconozco que yo/nosotros: (1) he leído este documento y entiendo que yo/nosotros renunciamos a derechos sustanciales reales o potenciales para permitir que el estudiante mencionado anteriormente participe en las actividades relacionadas con la escuela y cualquier excursión/paseo o excursión asociada; (2) haber firmado voluntariamente como prueba de aceptación de este Acuerdo sin ningún incentivo o garantía de ninguna naturaleza, con plena apreciación de todos los riesgos inherentes a las actividades relacionadas con la escuela; (3) no tengo ninguna pregunta con respecto al alcance o la intención de este Acuerdo y yo (padre/tutor/estudiante no menor de edad) tengo el derecho y la autoridad para entrar en este Acuerdo y para obligarme a mí mismo, al estudiante, y a cualquier otro miembro de la familia, representante personal, asignar, heredero, fideicomisario, O tutor de los términos de este Acuerdo. Esta es una liberación de todas las reclamaciones.

FECHA: _____

X _____
Firma del padre/tutor legal o estudiante/participante no menor de edad*

FECHA: _____

X _____
Firma del estudiante/participante menor de edad

* Un estudiante de 18 años de edad o más se considera, por ley, un no menor de edad y puede firmar el formulario en lugar de un padre y asume todos los riesgos y responsabilidades mencionados anteriormente para sí mismo

GALT JOINT UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Acuerdo de la Participación del Equipo

(Incluyendo Exenciones y Posibles Eximiciones de Queja)

Todas las secciones de este Acuerdo deben ser completadas, con el original firmado entregado a la Oficina de la Escuela, antes de que un Estudiante pueda participar de cualquier manera en la Actividad definida a continuación. Cada equipo debe estar enumerado a continuación. Si un equipo no está enumerado, un Acuerdo de Participación por separado será requerido.

Formas Adicionales Requeridas – Hoja Informativa Concusión y Lesión a la Cabeza y Forma de Examinación Física Deportiva

Nombre de estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Numero de teléfono:		Dirección:	
Grado:	Escuela:	# de Identificación Estudiantil :	
Equipo(s):			

En consideración a la habilidad del estudiante en participar en el Equipo [Incluyendo cualquier deporte, porrista o de baile], incluyendo pruebas, prácticas, prácticas de pretemporada o de temporada o sesiones de entrenamiento o campamentos de entrenamiento, o participación actual en eventos de Equipo, shows (presentaciones), demostraciones o competiciones, o viajando de ida y vuelta de cualquiera de estas actividades ("Actividades de Equipos"), el estudiante y el padre/guardián legal ("Adulto") firmando este de acuerdo como se indica a continuación:

1. Este es un privilegio, no un derecho a participar en actividades extracurriculares, incluyendo Actividades del Equipo. El privilegio puede ser revocado en cualquier momento, por cualquier razón que no viole las normas Federales o Estatales o de las normas o procedimientos del Distrito. No hay garantía de que el estudiante será miembro del Equipo o permanezca en el Equipo o que participe activamente en los eventos del Equipo, shows, demostraciones o competencias. Tales cuestiones deberán permanecer en el juicio y discreción del empleado supervisando o el entrenador voluntario del Distrito.
2. El estudiante y el adulto comprenden la naturaleza del Equipo, incluyendo lo inevitable y los riesgos potenciales de las Actividades del Equipo. El estudiante se encuentra en suficiente buen estado de salud y en buena condición física para participar en las actividades del Equipo, y voluntariamente desea participar en las actividades del Equipo. Antes de participar en las actividades del Equipo, una Forma de Examen Físico Deportivo y la Hoja Informativa de Concusión y Lesión a la Cabeza realizadas deberán de ser sometidas a la oficina escolar (válida por un año académico, actividades del otoño, invierno/primavera).
3. El estudiante deberá cumplir con las instrucciones y direcciones de los maestros, supervisores, entrenadores, otros voluntarios e instructores de las Actividades del Equipo. Durante la participación del estudiante en las Actividades del Equipo, además de otras actividades académicas y/o escolares, el estudiante deberá cumplir con el Código de Conducta. El estudiante también se conducirá de una manera generalmente, en todo momento, manteniendo los estándares morales y éticos más altos para reflejar positivamente a él/ella, el Equipo y el Distrito. El fracaso en satisfacer estas obligaciones pueda, a la discreción del Distrito, resultar en remover al estudiante del Equipo y/o las Actividades del Equipo. Si el estudiante se encuentra en violación de estas obligaciones resultando en lesión corporal o daño a la propiedad, el Adulto acuerda en (a) saldar el pago para restaurar o reemplazar la propiedad dañada, saldar los daños sufridos en lesión corporal a un individuo, y (c) defender, proteger y liberar al Distrito de cualquier o tal queja/reclamo.
4. Las Actividades del Equipo contienen riesgos potenciales de daño o lesión, incluyendo daños o lesiones que pueden causar lesiones físicas permanentes o graves al estudiante, incluyendo parálisis, lesión cerebral o muerte ("Lesiones"). Las lesiones pueden surgir de las acciones o inacciones del estudiante, las acciones o inacciones de otro estudiante o participante en una Actividad de Equipo, o el fracaso real o presunto de los empleados, agentes o voluntarios del Distrito para entrenar, instruir o supervisar adecuadamente las Actividades del Equipo. Las lesiones también pueden surgir por parte de un fracaso real o presunto de mantener, usar, reparar o reemplazar adecuadamente las instalaciones físicas o equipos disponibles para las Actividades del Equipo. Las lesiones también pueden surgir por parte de condiciones físicas reales o potenciales no diagnosticadas, mal diagnosticadas, no tratadas, tratadas inadecuadamente o inoportunas, ya sean causadas o relacionadas a la participación del estudiante en las Actividades del Equipo. Todas estas lesiones se consideran inherentes a la participación del estudiante en las

renuncian y liberan cualquier posible reclamación futura que de otra manera hubieran podido afirmar contra el Distrito y cualquier miembro de la Mesa Directiva, empleado, agente o voluntario del Distrito ("Partes Liberadas"), incluyendo cualquier reclamo que de otra manera se hubiera hecho en el nombre del estudiante o cualquier padre, administrador, ejecutor, beneficiario, tutor, asignado o miembro de la familia. El estudiante y el adulto comprenden además que las Actividades del Equipo y el transporte de ida y vuelta a las Actividades del Equipo son "excursiones" para las cuales hay inmunidad de responsabilidad de acuerdo con la Sección 35330 del Código de Educación.

5. Si el estudiante cree que existe una condición o circunstancia insegura o si siente o cree que la participación continua en una Actividad del Equipo podría presentar un riesgo de lesión, el estudiante discontinuará inmediatamente la participación en la Actividad del Equipo, notificará al personal de la escuela del estudiante, y notificar al padre o guardián sobre la creencia de tal condición. El padre o guardián deberá impedir que el estudiante participe en la Actividad del Equipo hasta que la condición o circunstancia insegura sea dirigida o remediada a su satisfacción.

6. La información médica de emergencia relacionada al estudiante está archivada en el distrito y es actual. El Adulto se compromete a proporcionar información médica actualizada durante el curso de la participación del estudiante en Actividades del Equipo. Si ocurre una lesión o una emergencia médica durante las Actividades del Equipo, los empleados, agentes o voluntarios del Distrito tienen mi permiso explícito para administrar o para autorizar la administración de atención urgente o de emergencia, incluyendo el transporte del estudiante a un proveedor de cuidado urgente o de emergencia. En tales circunstancias, la notificación a mí y / o al Contacto de Emergencia acerca de la lesión o emergencia médica puede ser retrasada. Por lo tanto, cualquier proveedor de atención urgente o de emergencia tiene mi autoridad para conducir procedimientos de diagnóstico o anestésicos, y/o cuidado o tratamiento médico (incluyendo cirugía), como sea determinado razonablemente o necesario bajo tales circunstancias existentes. Todos los costos o gastos asociados con tal cuidado son explícitamente mi responsabilidad. Un adulto puede solamente retener esta autorización sometiendo una Forma de Objeción de Cuidados Médicos (Educación 49407) que es basada en sus propias creencias religiosas y personales.

7. Código de Educación, Sección 3221.5 requiere que nosotros le informemos que: **Bajo la ley estatal, los distritos escolares deben asegurarse de que todos los miembros de los equipos atléticos escolares tengan una póliza de seguro de lesiones accidentales que cubre los gastos médicos y hospitalarios. Este requisito de póliza de seguro puede ser cubierto por el distrito escolar ofreciendo pólizas u otros beneficios de salud que cubren gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en programas de póliza de seguro de médico patrocinados por el gobierno local, estatal, o sin costo alguno o de bajo costo. La información de estos programas puede ser obtenida llamando al Distrito.** El Código de Educación 3221 requiere que dicha póliza de seguro cubra los gastos médicos y hospitalarios resultantes de lesiones corporales en una de las siguientes cantidades: (a) un plan médico individual o colectivo con beneficios por accidente de cuando menos \$ 200 por cada incidente y cobertura médica mayor de cuando menos \$ 10,000, con no más de \$ 100 deducible y no menos de 80% pagadero por cada incidente; (b) planes médicos colectivos o individuales que sean certificados por el Comisionado Póliza de Seguros equivalentes a la cobertura requerida de cuando menos \$ 1,500; o (c) por lo menos \$ 1,500 para todos los gastos médicos y hospitalarios. Usted puede cumplir esta obligación de dos formas:
Opción 1: Póliza de Seguro Médico Privado
Si esta opción es elegida, por favor proporcione (Nombre de la Agencia/Póliza de Seguro Médico) _____ y (Número de la Póliza/Número de Identificación), _____. (enumere fechas de la cobertura o "continua") _____. El adulto acuerda que el estudiante está cubierto y permanecerá cubierto durante el periodo de tiempo de la temporada de los deportes y la cobertura existente en la cantidad requerida bajo la Sección 3221.
Opción 2: Cobertura de accidentes estudiantiles
La compra de la póliza de seguro que cumpla con los requisitos de la Sección 3221, durante el período durante el cual el estudiante está participando en el Equipo, a través de un proveedor de cobertura disponible a través del Distrito [comuníquese con el Distrito para obtener información adicional sobre este programa]. Si usted no puede de pagar los gastos por dicha póliza de seguro, se puede presentar una exención de pago [los formularios que contienen esta exención también están disponibles en el Distrito] y, si no hay otra financiación alternativa disponible a través de organizaciones privadas o de beneficios caritativos, el Distrito obtendrá financiamiento para o proporcionará la cobertura requerida.

8. Los empleados, agentes o voluntarios del distrito, los miembros de la prensa o los medios de comunicación, u otras personas que puedan asistir o participar en actividades del equipo, pueden fotografiar, grabar en video o tomar declaraciones del estudiante. Tales fotografías, cintas de video, grabaciones o declaraciones escritas pueden ser publicadas o reproducidas de manera que muestren el nombre, la cara, la imagen, la voz, los pensamientos, las creencias o la apariencia del estudiante a otros eventos secundarios de publicidad, incluyendo, pero no limitado a, la publicidad vía electrónica, televisión, películas, grabaciones, periódicos, anuarios y revistas. Estos artículos publicados o reproducidos, con o sin fines de lucro, pueden ser utilizados para fines de seguridad, capacitación, publicidad, noticias, promoción, información o cualquier otro propósito legal. Autorizamos y consentimos a tales publicaciones o reproducciones, sin compensación, y sin reserva ni limitación.

9. Este Acuerdo debe interpretarse ampliamente para hacer cumplir los propósitos y acuerdos establecidos anteriormente, y no se interpretará en contra de las Partes Exoneradas únicamente basándose que este Acuerdo fue redactado por el Distrito. Si alguna parte de este Acuerdo se considera inválida o ineficaz, todas las demás disposiciones permanecerán en vigor. No se permite ninguna modificación oral de este Acuerdo, o presunto cambio o modificación de sus términos por conducta posterior o declaración oral. Este Acuerdo contiene el entendimiento único y exclusivo de las partes, sin ninguna otra representación basándose en que los adultos o los estudiantes determinen si se debe ejecutar este Acuerdo o aceptar la participación en las Actividades del Equipo.

COMO EL ADULTO FIRMANDO A CONTINUACIÓN: (1) YO ESTOY SUMINISTRANDO DERECHOS REALES O POTENCIALES SUBSTANCIALES PARA PERMITIR QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE EN ACTIVIDADES DEL EQUIPO; (2) YO HE FIRMANDO ESTE ACUERDO SIN NINGUNA INDUCCIÓN NI GARANTÍA DE NINGUNA NATURALEZA Y CON LA TOTAL APRECIACIÓN DE LOS RIESGOS INHERENTES EN LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO; (3) YO NO TENGO NINGUNA CUESTIÓN SOBRE EL ÁMBITO O LA INTENCIÓN DE ESTE ACUERDO; (4) YO COMO EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL TENGO EL DERECHO Y LA AUTORIDAD DE ENTRAR EN ESTE ACUERDO, Y OBLIGARME A MÍ MISMO, EL ESTUDIANTE Y CUALQUIER O

A LOS TÉRMINOS EN ESTE ACUERDO Y YO HE EXPLICADO ESTE ACUERDO AL ESTUDIANTE, QUIEN COMPRENDE SUS OBLIGACIONES.

Letra Impresa Padre/Guardián

Firma

Fecha

Como estudiante, yo comprendo y acuerdo en todas las obligaciones colocadas en mi por este acuerdo.

Letra Impresa del Estudiante

Firma

Fecha

Galt Joint Union Elementary School District- FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD PARA DEPORTES

PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)							
APELLIDO		NOMBRE			GRADO:		
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE			
HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)							
	Sí	No	¿El estudiante ha tenido algún/a:	Sí	No	¿El estudiante:	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica o recurrente?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad que duró más de una semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene puentes, frenos o placas dentales?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones u operaciones?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?				
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?	Sí	No	Tiene historial de:	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones que requieren atención médica o tratamiento?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos o de presión arterial?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el cuello o la espalda?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en la rodilla?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos cuando hace ejercicio?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el hombro o el codo?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el tobillo?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotura de huesos (fracturas)?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o soplo cardíaco?	Sí	No	Otro historial:	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres musculares graves o reiterados?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico?
Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento: _____				28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad?
Fecha del último examen médico completo: _____				29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses?
<u>Explique todas las respuestas "SÍ" a continuación y todo otro hecho o circunstancia de que deba divulgarse antes del examen (escriba en el reverso del formulario si es necesario):</u>							
AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a efectuar un examen de salud para deportes del estudiante: La información que figura más arriba es completa y correcta, y no tengo conocimiento de ninguna razón que impida que el estudiante pueda participar plenamente y sin riesgo en los deportes indicados. Comprendo que éste es sólo un examen de evaluación y que la ausencia de los trastornos o problemas de salud que figuran más abajo no significa que el estudiante esté exento de otros trastornos de salud nocivos o potencialmente nocivos que pudieran lesionar o causar la muerte del estudiante mientras participa en deportes: Si tuviese alguna pregunta o inquietud sobre la salud o seguridad del estudiante, consultaré a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para que la revise y evalúe.							
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE MOI.DE:				FIRMA DEL PADRE O TUTOR:			
DIRECCIÓN			TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA		
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA			TELÉFONO DEL CONSULTORIO				

**PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING
PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)**

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:
Skin			Weight:
Heart			Pulse: After Ex:
Abdomen			BP:
Genital/hernia (males)			<i>Recommendation:</i> <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation <i>One of the above MUST be checked.</i>
Musculoskeletal:			
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
Comments:			
PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only)		PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE

Formulario de Información y Reconocimiento de Signos y Síntomas de Advertencia de paro Cardíaco Repentino para Padres/Tutores y Alumnos

El 1 de julio de 2017, entró en vigor el Proyecto de Ley de la Asamblea 1639, conocido como la Ley de Prevención de Paros Cardíacos Súbitos de Eric Paredes (SCA). Esto requiere que el alumno y su padre o tutor lean, firmen y devuelvan un formulario de reconocimiento de SCA antes de que el alumno participe en cualquier actividad atlética/deportiva. Los distritos pueden usar este formulario, un formulario ubicado en el sitio web de la Asociación Inter escolar de California (CIF), o diseñar su propio formulario. Un formulario de reconocimiento de SCA debe ser firmado y devuelto al sitio escolar cada año escolar. El 30 de agosto de 2019, el Proyecto de Ley 379 de la Asamblea también agregó requisitos de prevención de paro cardíaco repentino al Código de Salud y Seguridad para organizaciones deportivas juveniles. El Código de Salud y Seguridad enmendado, División 106, Artículo 2,5: Ahora incluye, Protocolos de Prevención de Conmoción Cerebral Deportiva Juvenil y Paros Cardíacos Súbitos [124235-124236].

¿Qué es SCA?

SCA ocurre repentinamente y, a menudo, sin previo aviso. Se desencadena por un mal funcionamiento eléctrico en el corazón que provoca un latido cardíaco irregular. Con la acción de bombeo del corazón interrumpida, el corazón no puede bombear sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos. Segundos más tarde, una persona pierde la conciencia y no tiene pulso. La muerte ocurre en cuestión de minutos si la víctima no recibe tratamiento.

¿Quién está en riesgo de SCA?

Miles de paros cardíacos repentinos ocurren entre los jóvenes cada año, ya que contribuye a la causa médica número 2 de muerte de los jóvenes menores de 25 años y es la causa número 1 de muerte de los estudiantes atletas durante el ejercicio. Si bien una afección cardíaca puede no tener signos de advertencia, los estudios muestran que muchos jóvenes sí tienen señales o síntomas de advertencia, pero niegan a decirselo a un adulto. Esto puede deberse a que están avergonzados, no quieren poner en peligro su tiempo de juego, piensan erróneamente que están fuera de forma y necesitan entrenar más duro, o simplemente ignoran los síntomas, esperando que los signos desaparezcan.

Posibles señales de advertencia y factores de riesgo

- Desmayos o convulsiones, especialmente durante o inmediatamente después del ejercicio
- Desmayos repetidamente o con excitación o sobresalto
- Dificultad excesiva para respirar durante el ejercicio
- Palpitaciones aceleradas o latidos cardíacos irregulares
- Mareos o aturdimiento repetidos
- Dolor en el pecho o incomodidad/malestar en el pecho con ejercicio
- Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio

Retiro de la actividad

Un alumno que se desmaya durante o después de participar en una actividad atlética/deportiva debe ser retirado del juego y no puede volver a jugar hasta que sea evaluado y aprobado por un médico y cirujano, enfermera practicante o asistente médico.

He revisado y entiendo los síntomas, las señales de advertencia y los factores de riesgo asociados con la SCA.

Imprimir nombre del Estudiante/atleta

Firma del estudiante/atleta

Fecha

Imprimir nombre de Padre/Guardian

Firma de estudiante/atleta

Fecha

El CDE utilizó información de las siguientes fuentes: American Heart Association, Parent Heart Watch). Eric Paredes Save a Life Foundation: Keep Their Heart in the game(<https://epsavealife.org/>), y Sudden Cardiac Arrest Foundation (Fundación de Paro Cardíaco Repentino)(<http://www.sca-aware.org/>).

POR FAVOR, REGRESE A LAS ESCUELA DE SU HIJO.



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción es un tipo de lesión cerebral que ocasiona cambios en la forma en que funciona el cerebro normalmente. Es causada por un golpe, un impacto o una sacudida en la cabeza. Las conmociones cerebrales también pueden ocurrir por un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan bruscamente hacia adelante y hacia atrás. Hasta un golpe en la cabeza que parezca leve puede ser grave.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden “ver”. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden manifestarse tan pronto como ocurra la lesión o puede que no aparezcan ni se noten sino hasta horas o días después. Es importante estar atento a cambios en la forma en que el niño o adolescente actúa o se siente, si los síntomas empeoran o si “simplemente no se siente bien”. La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin que haya pérdida del conocimiento.

Si su niño o adolescente indica que tiene uno o más de los signos o síntomas de conmociones cerebrales enumerados a continuación, o si usted nota estos síntomas, busque atención médica inmediatamente. Los niños y adolescentes están entre las personas con mayor riesgo de sufrir conmociones cerebrales.

Signos y síntomas de una conmoción cerebral

Signos observados por los padres o tutores:

- Parece aturdido o desorientado
- Está confundido con relación al incidente
- Responde a las preguntas con lentitud
- Repite las preguntas
- No puede recordar lo ocurrido *antes* del golpe o la caída
- No puede recordar lo ocurrido *después* del golpe o la caída
- Pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)
- Muestra cambios de conducta o de personalidad
- Se le olvida el horario de clases o las tareas a realizar

Síntomas reportados por su niño o adolescente

Área del razonamiento y la memoria

- Dificultad para pensar claramente
- Dificultad para concentrarse o recordar cosas
- Siente que todo lo hace más despacio
- Se siente débil, desorientado, aturdido, atontado o grogui

Área física

- Dolor de cabeza o “presión” en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareo
- Fatiga o cansancio
- Visión borrosa o doble
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Hormigueo o entumecimiento
- No se “siente bien”

Área emocional

- Irritable
- Triste
- Más sensible de lo usual
- Nervioso

Área del sueño*

- Adormecido
- Duerme *menos* de lo normal
- Duerme *más* de lo normal
- Tiene problemas para quedarse dormido

**Solo pregunte sobre síntomas relacionados con el sueño si la lesión ocurrió en días anteriores.*

Signos peligrosos

Esté atento por si los síntomas empeoran con el tiempo. Debe llevar inmediatamente a su niño o adolescente a la sala de emergencias si presenta lo siguiente:

- Tiene una pupila (la parte negra en el centro del ojo) más grande que la otra
- Está mareado o no se le puede despertar
- Tiene un dolor de cabeza persistente o que empeora
- Debilidad, entumecimiento o menor coordinación
- Náuseas o vómitos constantes
- Dificultad para hablar o pronunciar las palabras
- Convulsiones o ataques
- Dificultad para reconocer a personas o lugares
- Mayor confusión, inquietud o agitación
- Comportamiento anormal
- Pierde el conocimiento (las pérdidas del conocimiento deben considerarse como algo serio aunque sean breves)

Los niños y adolescentes que han sufrido una conmoción cerebral NUNCA deben regresar a participar en actividades deportivas o recreativas el mismo día en que ocurrió la lesión.

Deben esperar hasta que un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales les diga que está bien volver a realizar este tipo de actividades. Esto significa que no deben regresar a realizar:

- Clases de educación física (PE),
- Prácticas o juegos deportivos ni
- Actividades físicas durante el recreo

¿Qué debo hacer si mi niño o adolescente ha sufrido una conmoción cerebral?

- 1. Busque atención médica de inmediato.** Un profesional médico con experiencia en evaluar conmociones cerebrales puede determinar la gravedad de la conmoción y cuándo puede el niño o adolescente regresar de manera segura a realizar sus actividades normales, incluso las actividades escolares y físicas (actividades de aprendizaje y concentración).
- 2. Ayúdelos a que tomen tiempo para mejorarse.** Si su hijo sufre una conmoción cerebral, su cerebro necesitará tiempo para sanarse. Su hijo puede requerir limitar sus actividades mientras se recupera de una conmoción cerebral. El ejercicio o las actividades que requieran de mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o los juegos de video pueden causar que los síntomas de la conmoción cerebral (como dolor de cabeza o cansancio) reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, los profesionales médicos deben vigilar atentamente al niño al realizar actividades físicas y cognitivas, como las de concentración y aprendizaje.
- 3. Converse con su niño o adolescente acerca de cómo se están sintiendo.** Su hijo se puede sentir frustrado, triste y hasta con rabia por no poder regresar a realizar sus actividades deportivas o recreativas inmediatamente, o por no poder mantenerse al día con las clases. Su hijo también puede sentirse aislado de sus compañeros y redes sociales. Hable con su niño sobre estos temas y ofrézcale apoyo y ánimo.

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a regresar a la escuela sin peligro después de una conmoción cerebral?

Ayude a que su niño o adolescente reciba el apoyo necesario cuando regrese a la escuela después de sufrir una conmoción cerebral. Hable con los maestros, la enfermera escolar, el entrenador, los patólogos del lenguaje o el consejero escolar acerca de la conmoción cerebral que sufrió su hijo y los síntomas que tuvo.

El médico de su niño o adolescente puede utilizar la información en la carta "CDC Letter to Schools" para entender que estrategias existen para regresar al colegio.

Your child's or teen's healthcare provider can use CDC's Letter to Schools (https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/pediatricmtbiguidelineeducationaltools/mTBI_ReturntoSchool_FactSheet-Pin.pdf) to provide strategies to help the school set up any needed supports.

La ayuda o apoyo adicional que recibe el niño se puede retirar gradualmente al disminuir los síntomas. Los niños y adolescentes que regresen a la escuela después de sufrir una conmoción cerebral necesitan:

- Tomar descansos según lo requieran
- Estar menos tiempo en la escuela
- Tener más tiempo para tomar exámenes o realizar tareas
- Recibir ayuda para realizar las tareas y
- Disminuir el tiempo en que usan la computadora, leen o escriben
- Suspender toda actividad de recreo, educación física y deportes, hasta que se reciba autorización del médico.
- Realizar menos trabajo académico.
- Evitar situaciones con mucho ruido o que haya exceso de estimulación.

Para aprender más sobre las conmociones cerebrales vaya a www.cdc.gov/HEADSUP (en inglés). o llame al 1.800.CDC.INFO

Enero de 2021

