

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD) 2013 – 2014
HOJA DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ATLETISMO ESCUELA _____

Apellido, Nombre		Identificación del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Sexo	Deportes (Mencione todos los deportes en los que participara)	
Dirección (No P.O. Boxes)			Ciudad		Código Postal		Teléfono de la casa
Nombre de la madre/guardián		Empresa en la que labora	Teléfono celular		Teléfono del trabajo		Relación con el Estudiante
Nombre del padre/guardián		Empresa en la que labora	Teléfono celular		Teléfono del trabajo		Relación con el Estudiante
Contacto de emergencia (No padres)			Teléfono celular		Teléfono de la casa		Relación con el Estudiante
Tienes seguro medical privado, Medicaid, o CHIP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sí, especifique tipo o compañía _____							

Esta forma debe de estar en el archivo antes de participar en cualquier practica, juego de practica o competicion, antes, durante o despues de escuela incluyendo periodo atletico

	Si	No		Si	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sido diagnosticado de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes un inhalador recetado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbran para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algun otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algun articulacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilato cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de largo QT, or otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:		
¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo
¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla
4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Espinilla
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla
Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión?	—		<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo)			<input type="checkbox"/> Suprabracho	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie
¿Has tenido alguna vez un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Has sido alguna vez diagnosticado o sido tratado de rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes inmune, desórdenes sangrantes, etcétera.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLO MUJERES:		
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual?	_____	
8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?	_____	
¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una menstruacion al principio del siguiente?	_____	
9. ¿Te has mareado durante o después algun ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año?	_____	
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año?	_____	
			Explique Sus Respuestas _____		

Circule todos los deportes en los que el estudiante tiene permitido participar:

Futbol Voleibol Beisbol Lucha Libre Basquetbol Golf Soccer Softbol Tenis a Campo Traviesa Pista y Campo Natacion y Clavados

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son complete y correcto. El fracaso para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas or el UIL. Nuestras firmas indican que hemos leído, entendido y aceptamos el documento por completo, así como el Historial Médico, el Acuerdo de Consumo de Esteroides, el Reglamento de la Liga Interacadémica Universitaria y el Manual de Información para los Padres de Familia información de concusiones, información de seguro, y permiso del padre.

Firma del Estudiante: _____ Firma del Padre/ Madre/Custodio: _____ Fecha: _____

This Medical History Form was reviewed by:

Doctor: _____
Signature

School Official: _____
Signature

Requisito De Examen Físico y La Participación

Es necesario presentar un examen físico anual para participar en las actividades de atletismo de AISD. Este examen deberá estar fechado después del 15 de Abril y será válido por un año escolar. Cualquier examen físico será válido por un año escolar sin importar la fecha del examen. El departamento de atletismo de AISD estará ofreciendo exámenes físicos gratis en Mayo. Contacte a su entrenador para más información acerca de estos exámenes físicos. Cualquier cambio en su estado médico o visita a un proveedor de servicios médico durante el año, requerirá autorización escrita del médico tratante antes de volver a actividades normales.

Cobertura del seguro de atletismo

El Distrito Escolar de Austin ofrece una póliza de seguro adicional para todos los participantes de la Liga Interacadémica Universitaria de secundaria y preparatoria durante su participación en alguna actividad permitida por la Liga, antes, durante y después de la escuela y durante su traslado al lugar de dicha actividad. Este seguro suplementario requiere primero la cobertura de su seguro primario. Después de que su seguro primario llegue a los límites establecidos por su póliza, los padres pueden llenar una solicitud para el reembolso de facturas médicas sin rebasar el límite establecido por el plan del seguro suplementario. Si ustedes no cuentan con un seguro médico personal, el plan suplementario puede usarse para cubrir las deudas médicas, pero sólo hasta alcanzar el límite establecido por la póliza. Ni Austin ISD ni el proveedor del seguro pagarán 100% de los costos incurridos en un accidente. Si usted no cuenta con un seguro personal para su hijo(a), le sugerimos que considere comprar una cobertura extendida para ellos. Austin ISD ofrece pólizas de seguro médico para estudiantes y padres al principio de cada año escolar.

Reglas Generales De Elegibilidad De La U.I.L.

De acuerdo con los estándares de la ULL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en actividades interescolásticas si ellos:

- no tienen o no son mayores de 19 años de edad en o antes del primero de septiembre del año escolar actual. (Ver excepción para discapacitados en la Sección 504.)
- no se han graduado de la escuela secundaria (high school).
- se han inscrito antes o en el sexto día de clases del año escolar actual y han asistido a la escuela durante quince días inmediatamente antes de una competencia varsity.
- son estudiantes de tiempo completo en la secundaria participante.
- inicialmente se matricularon en el noveno grado hace no más de cuatro años escolares.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar (La residencia de los padres se aplica sólo a la elegibilidad de atletismo varsity.) Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: tiene una asistencia continua de por lo menos un año escolar y no se ha inscrito en otra escuela; no se da ningún incentivo al estudiante para que asista a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar por vivienda y hospedaje cuando no viven con un familiar; los estudiantes que tengan que conducir para llegar al distrito escolar deben costear su propia transportación); si no incurre una violación de las pólizas de la escuela local o de TEA el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas (Texas Youth Commission) están amparados bajo la Residencia de Custodia (Custodial Residence). [Ver Sección 442 del documento Constitución y Reglas de Competencia (Constitution and Contest Rules)].
- han cumplido con las estipulaciones o condiciones de la Regla de Premios (Awards Rule).
- no han representado a un colegio u universidad en alguna competencia.
- no han sido reclutados. (No se aplica al reclutamiento colegial según lo permite la ley.)
- no han violado ninguna de las condiciones de las reglas del campamento de verano. Los estudiantes recién inscritos en los grados del 10 al 12 no deben asistir a un campamento de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié o voleibol donde un entrenador del séptimo al doceavo grado de su misma zona de asistencia del distrito escolar trabaja, enseña, o inscribe a los estudiantes en la regla de atletismo aficionado al aceptar alguna gratificación de valor pueden volver a ser elegibles una vez que devuelvan dicha gratificación. Si los individuos devuelven la gratificación de valor dentro de los 30 días después de haber sido informados de la violación a la regla, recibirán de nuevo elegibilidad atlética después de devolver lo recibido. Si NO devuelven lo recibido dentro de los 30 días, seguirán siendo inelegibles por un año después del día en que aceptaron la gratificación de valor. Durante el período de tiempo desde que los estudiantes recibieron la gratificación de valor hasta el día en que la devuelvan, son inelegibles para participar en competencias atléticas varsity del deporte en el cual ocurrió la violación a la regla. La pena mínima por participar en una competencia mientras se es inelegible es la pérdida automática de la competencia.
- no se trasladaron a otra escuela por razones o propósitos de atletismo.

MANUAL DE INFORMACIÓN PARA PADRES DE LA LIGA INTERACADÉMICA UNIVERSITARIA

El Departamento de Atletismo del Distrito Escolar de Austin requiere brindarle acceso al Manual de Información para Padres. Dicho manual se encuentra en la página de Internet de la Liga Interacadémica Universitaria en la sección de Atletismo. La página de internet es www.uillexas.edu. Puede solicitar una copia de este manual en la Oficina de Atletismo. Usted debe leer y aceptar los términos de este manual.

PERMISO DEL PADRE/MADRE/CUSTODIO LEGAL

- Doy por éste medio mi consentimiento para que el estudiante antedicho compita en los deportes aprobados por la Liga Interacadémica de la Universidad y viaje con el entrenador o cualquier otro representante de la escuela en cualquier viaje.
- Se entiende que aún que el atleta use el equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue habiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesión. Ni la ULL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de un accidente.
- He leído y entiendo las reglas de la ULL enumeradas en éste documento y convengo que mi hijo(a) seguirá todas las reglas impuestas por la ULL.
- También acuerdo ser responsable por el retorno seguro de todo el equipo atlético entregado por la escuela a mi hijo y pagaré el equipo que haya sido extraviado, robado o dañado.
- Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento médico inmediato a causa de un accidente o enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier médico, entrenador atlético, enfermera, hospital, o representante de la escuela; y acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela o a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. Tu firma abajo da la autorización que es necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores atléticos, enfermeras, entrenadores, los médicos asociados y el personal del seguro del estudiante compartan la información referente al diagnóstico médico y al tratamiento del estudiante.
- He leído la información acerca del uso de esteroides y acuerdo que como pre-requisito de participación en cualquier actividad atlética de ULL debo abstenerme del uso ilegal de esteroides. Entiendo que la falta de proporcionar la información exacta y veraz podría sujetar al estudiante en cuestión a las penas según lo determinado por la ULL.
- He sido proveído con el Manual De Información a Padres de la ULL acerca de problemas de salud y seguridad y mis responsabilidades.
- Acepto por éste medio que mis respuestas a las preguntas en la forma del Historial Médico están completas y correctas al mejor de mi conocimiento. Si entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, o en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad o accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesión.

LOS ENTRENADORES DE LA ESCUELA NO PUEDEN:

- Transportar, registrar o instruir a los estudiantes del grado 7-12 de su zona de asistencia de campos no escolares de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball. (Excepción: Los entrenadores de la escuela pueden sostener un campo de 6 días en su distrito escolar para los estudiantes entrantes de grados 7, 8, 9).
- Dar cualquier instrucción o programar cualquier practica para un individuo o equipo fuera de la temporada, excepto durante el día escolar y el periodo atlético de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball.
- Las escuelas y los clubes de asistencia, no pueden proporcionar fondos o transportación para actividades no escolares

Forma de Acuerdo/Reconocimiento para Padre y Estudiante Tocante Uso de Esteroides Anabólicos y Pruebas Aleatorias de Esteroides

- La ley estatal de Texas prohíbe la posesión, dispensación, la entrega o administración de algún esteroide de manera no permitida por ley estatal.
- La ley estatal también proporciona que el culturismo, el realce de músculo o el aumento de musculatura o fuerza a través del uso de algún esteroide por una persona que está en buena salud no es un propósito médico válido.
- La ley estatal requiere que sólo un practicante autorizado con licencia con autoridad prescriptiva puede prescribir o recetar el esteroide a una persona.
- Cualquier violación de la ley estatal acerca de esteroides es un delito criminal castigable por confinamiento en cárcel o encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal en Texas.
- Además entiendo y estoy de acuerdo que los resultados de las pruebas para los esteroides pueden ser proporcionados a ciertas personas en mi escuela secundaria como está especificado en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos del UIL que está disponible en el sitio web de UIL en www.uil.texas.edu. Entiendo y estoy de acuerdo que los resultados de la prueba para esteroides se mantendrán confidencialmente al grado requerido por la ley. Entiendo que si fracaso en proveer información exacta y verídica me podría sujetar a penas o sanciones determinadas por UIL.

ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DE ESTUDIANTE

Como requisito previo para participar en actividades atléticas, yo estoy de acuerdo que no usaré esteroides anabólicos tal como se define en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de UIL. He leído esta forma y entiendo que pueden preguntarme que me someta a una prueba para la presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo, y realmente estoy de acuerdo por este medio a someterme a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado.

Nombre de Estudiante (Imprimir): _____ Grado(9-12) _____

Firma de Estudiante: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PADRE/GUARDIAN

Como requisito previo para participar en actividades atléticas, Yo certifico y reconozco que he leído esta forma y entiendo que mi estudiante debe abstenerse de usar esteroides anabólicos y que le podrían preguntar que se someta a pruebas para la presencia de esteroides en su cuerpo. Realmente estoy de acuerdo a someter mi niño/a a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado.

Nombre de Padre/Guardian (Imprimir): _____ Relación _____

Firma de Padre/Guardian: _____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE CONCUSIONES

Definición de concusión: Significa un complejo proceso fisiopatológico que afecta al cerebro, el cual es causado por una fuerza física traumática o un golpe en la cabeza o en el cuerpo, el cual puede: (A) incluir función alterada del cerebro, tanto temporal o de largo plazo, provocando síntomas físicos, cognitivos (procesos mentales), emocionales o patrones alterados del sueño y (B) involucrar pérdida del conocimiento.

Prevención: - Enseñe y practique juego seguro y técnicas apropiadas.

- Siga las reglas del juego

- Asegúrese que todo el equipo de protección requerido se lleve puesto para todos los entrenamientos y juegos.

- El equipo de protección debe quedarle adecuadamente y debe ser inspeccionado regularmente.

Signos y síntomas de una concusión: Los signos y síntomas de una concusión pueden incluir pero no limitarse a: dolor de cabeza, parece estar confundido o aturrido, zumbido de oídos, fatiga, dificultad para hablar (arrastando las palabras), náusea o vómito, mareo, pérdida del equilibrio, visión borrosa, sensible a la luz o el ruido, sentirse aturrido o atontado, pérdida de la memoria y confusión.

Supervisión: Cada distrito escolar debe elegir y aprobar un Equipo de Inspección de la Concusión (Concussion Oversight Team, COT por sus siglas en inglés). El COT debe incluir por lo menos un médico y un entrenador de atletismo, si alguno de ellos es empleado por el distrito escolar. Otros miembros pueden incluir: una enfermera especialista avanzada, un neuropsicólogo o un asistente médico. El COT es responsable de crear un "Protocolo para volver a practicar deporte" basado en revisiones médicas de evidencias científicas.

Tratamiento para la concusión: Si se sospecha que el estudiante ha sufrido una concusión, el estudiante-atleta debe ser retirado inmediatamente del entrenamiento o la competencia. Antes de poder regresar a participar en deportes, cada uno de los estudiantes-atletas sospechosos de haber sufrido una concusión debe ser examinado por un médico. El tratamiento para una concusión es descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa tal como: ver televisión, jugar juegos de video, mandar mensajes de texto por teléfono, usar la computadora y las luces intensas. Una vez que hayan pasado los signos y síntomas de la concusión y el estudiante haya recibido una autorización escrita por un médico, el estudiante-atleta puede empezar el "Protocolo para volver a practicar deporte" de su distrito escolar basado en las determinaciones del Equipo de Inspección de la Concusión (COT).

Regreso a practicar deporte: De acuerdo al Código de Educación de Texas Sección 38.157:

Un estudiante quien fue retirado de un entrenamiento o competencia atlética interescolar bajo la sección 38.156 no se le puede permitir entrenar o competir de nuevo después del impacto físico el cual se cree haya causado la concusión hasta que:

(1) el estudiante haya sido examinado, usando los protocolos médicos establecidos en revisiones médicas de evidencias científicas, por un médico tratante que el estudiante, sus padres, guardian legal u otra persona con autoridad legal escogieron para hacer decisiones médicas por el estudiante.

(2) el estudiante ha cumplido exitosamente cada requisito del "Protocolo para volver a practicar deporte" establecido bajo la sección 38.153, necesario para que el estudiante regrese a jugar.

(3) el médico tratante haya proporcionado una declaración por escrito indicando que, en la opinión profesional del médico, es seguro para el estudiante regresar a jugar; y

(4) el estudiante y los padres de él, el guardian legal u otra persona con autoridad legal para hacer decisiones médicas por el estudiante:

(A) han reconocido que el estudiante ha cumplido los requisitos necesarios del "Protocolo para volver a practicar deporte" y así el estudiante regrese a practicar deporte.

(B) ha entregado la declaración escrita del médico tratante bajo la Subsección (3), a la persona encargada del cumplimiento del "Protocolo para volver a practicar deporte" bajo la Subsección (c) y a la persona que tiene responsabilidades de supervisión bajo la Subsección (c), y

(C) han firmado un documento de consentimiento indicando que la persona que está firmando:

(i) ha sido informada acerca de y da consentimiento para la participación del estudiante para que regrese a jugar de acuerdo al protocolo para volver a practicar deporte;

(ii) entiende los riesgos involucrados con el estudiante cuando regrese a practicar deporte y cumplirá con cualquier requisito actual dentro del protocolo para volver a practicar deporte;

(iii) da consentimiento para la divulgación a entidades apropiadas, de acuerdo a la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 o Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Pub. L.No 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo la Subsección (3) y, si hay alguna, las recomendaciones para volver a practicar deporte del médico tratante; y

(iv) entiende la cláusula de inmunidad bajo la Sección 38.159.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

El Distrito Escolar de Austin está actualmente implementando un programa innovador para nuestros estudiantes atletas. Este programa asistirá a nuestros médicos de equipo/entrenadores atléticos de lesiones deportivas en la evaluación y tratamiento de lesiones a la cabeza (p.ej. concusión). Con el fin de poder administrar de mejor manera la concusión sostenida por nuestros estudiantes atletas, nosotros hemos adquirido un programa de computadora para con éxito evaluar y manejar concusiones. Si se cree que un atleta ha sufrido una lesión en la cabeza durante competencia, el programa es usado para ayudar a determinar la gravedad de la lesión a la cabeza y cuando la lesión ha sanado completamente.

El examen computarizado es dado a los atletas antes de comenzar práctica del deporte de contacto o competencia. Esta prueba no invasiva será hecha en computadora y tarda como 20 minutos para completar. Esencialmente, es un examen físico pre-temporada del cerebro. Realiza un seguimiento de información como memoria, tiempo de reacción, rapidez, y concentración. Esto, sin embargo, no es prueba de C.I. o inteligencia. Este programa no pone en peligro a su estudiante atleta.

Si sospecha una concusión, el atleta va a ser requerido a volver a tomar la prueba. Ambos datos del pre-temporada y herida postal es dado a su médico familiar o otro médico local para ayudar a evaluar la lesión. Los datos de la prueba permitirá que estos profesionales de la salud determinen cuando es apropiado el volver a jugar y el seguro para el atleta lesionado. Si una lesión de esta naturaleza ocurre a su niño/a, usted será rápidamente contactado con todos los detalles.

La administración, entrenadores, y los entrenadores de atletismo (en lesiones deportivas) del distrito escolar de Austin se esfuerzan por mantener la salud y la seguridad de su niño/a en la vanguardia en la experiencia atlética del estudiante. Estaremos ofreciendo estas pruebas a todo atleta involucrado en ciertos deportes de contacto. Aunque se recomienda esta prueba, no se requiere para la participación de atletismo.

Por este medio concedo mi consentimiento para el registro de mi hijo/a en axonsports.com y/o impactttest.com y para la administración y supervisión de la evaluación de concusión por el distrito escolar de Austin y por este medio acepto los términos de uso y privacidad de política de ambos.

Firma de Atleta: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ Pulse _____

BMI % _____ % Body fat (optional) _____

BP	/	/	/
%	/	/	/

brachial blood pressure while sitting

Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N Pupils: Equal _____ Unequal _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

*station-based examination only

CLEARANCE

- Cleared Recommendations: _____
- Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____
- _____
- Not cleared for: _____ Reason: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature: _____ **SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM**

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.