

## ESCUELAS PUBLICAS DE OMAHA EXAMEN FISICO DE 7<sup>MO</sup> GRADO

La ley escolar estatal de Nebraska, en parte, requiere un examen físico para entrar al séptimo grado. Una evaluación completa dental es altamente recomendada en este momento también.

Si usted no quiere proveer evidencia de un examen físico, debe de entregar una declaración firmada rechazando este requisito, debe ser sometido a la escuela para el 1 de noviembre (o 60 días después de la inscripción). Por favor note, si su hijo estará participando en deportes de competencia, se requiere un examen físico por un proveedor de salud licenciado al firmar el rechazo (waiver) no satisface este requisito.

Restricciones de Educación Física/Excepciones: Los estudiantes de escuela secundaria o preparatoria quienes tienen restricciones para participar en PE debe tener una orden del proveedor de cuidado médico en el expediente, delineando las restricciones. Los estudiantes que no participen por preocupaciones relacionadas de salud deben de tener una nota del doctor en el expediente exentándolo de las clases.

Los siguientes formularios son necesarios para el físico del 7mo grado: La tarjeta de Examen de Salud y Formulario de pre participación del historial son necesarios solo para un físico escolar. La cobertura de seguro deportivo, NSAA/OPS Consentimiento de Estudiante/Padre, Reconocimiento de Conmoción/lesión cerebral, Información de Conmoción y hoja de información, y las reglas para el manejo de conmoción son necesarias para la participación en deportes de después de la escuela.

**Físicos deportivos son necesarios para la participación de cualquiera en los deportes después de la escuela. El tener el historial de pre participación llena por anticipación por el estudiante y padre no causara retrasos si su estudiante decide participar en un deporte más tarde.**

Formulario de historial debe ser completado/firmado por el estudiante **antes** del físico de 7mo grado con la revisión y firma por el padre para una futura participación en un deporte. El proveedor de salud llenara la tarjeta del examen de salud y revisara el historial. Para participar en los deportes de después de la escuela necesita completar la forma del seguro y consentimiento por estudiante y el padre. El Reconocimiento de Conmoción/lesión cerebral tiene que ser revisada y firmada por el estudiante y el padre.

### ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA – Formulario del estudiante

#### COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO DEPORTIVO

Su escuela, actuando por los miembros del equipo deportivo, pone a su disposición un "Plan de beneficios en caso de lesión deportiva" aprobado por el comité educativo de Omaha. La prima total la debe pagar el estudiante o los padres. El propósito de esta cobertura es ayudar a cubrir los costes del tratamiento de lesiones accidentales. Los pagos de este seguro no excluyen los pagos realizados por otra compañía por la misma lesión.

LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEBEN TENER COBERTURA MÉDICA PARA PODER PARTICIPAR.

Marque las declaraciones que apliquen:

\_\_\_ Yo debería participar en el Plan de beneficios en caso de lesión deportiva. Los folletos informativos, si no se adjuntan, se pueden solicitar en la oficina de la escuela.

\_\_\_ Tengo una cobertura médica en caso de lesión accidental con la compañía aseguradora \_\_\_\_\_.

Número de póliza \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nota: Este formulario debe ser completado y archivado en la oficina de la escuela antes que el estudiante sea permitido practicar y/o competir.

# Evaluación física antes de participar

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Día del examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico personal \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, pónganse en contacto con

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Explique abajo las respuestas en las que marca "Sí". Si no sabe la respuesta a una pregunta, redondéela.**

	YES	NO		YES	NO
1. ¿Alguna vez un médico le ha denegado o restringido la participación en algún deporte por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padece alguna condición médica activa en este momento? (como diabetes o asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Le han hecho alguna cirugía alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando en estos momentos algún medicamento o píldora bajo prescripción médica o sin prescripción (sin receta médica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión, como un esguince, rotura de ligamento, desgarro muscular o tendinitis que no le haya permitido competir o entrenar? Si la respuesta es sí, marque abajo con un círculo el área afectada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alergia a alguna medicina, polen, alimentos o picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Alguna vez se ha roto o fracturado un hueso, o se ha dislocado una articulación? Si la respuesta es sí, marque abajo con un círculo lo que corresponda:		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo MIENTRAS hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión de hueso o articulación que haya necesitado rayos-x, resonancia magnética, tomografía, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, una férula, una escayola o muletas? Si la respuesta es sí, marque a continuación con un círculo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿Alguna vez ha sentido alguna molestia, dolor o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Su corazón se acelera o se salta latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene (marque todas las que correspondan):					
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta					
<input type="checkbox"/> Colesterol alto					
<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón					
<input type="checkbox"/> Infección en el corazón					
10. ¿Alguna vez un médico ha pedido que se le realice algún test para el corazón? (por ejemplo: electrocardiograma, ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura producida por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se le ha muerto algún familiar sin razón aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Le han realizado alguna vez unos rayos-x de inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguien de su familia padece algún problema de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Usa regularmente una férula o dispositivo de apoyo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Algún familiar suyo ha muerto por problemas de corazón o de muerte súbita antes de alcanzar los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene asma o alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguien de su familia padece el síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tose, resuella o respira con dificultad cuando hace ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. ¿Alguien de su familia tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			26. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado algún medicamento para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			27. ¿Le falta actualmente o nació sin un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo	Mano/Dedos	Pecho
Espalda Superior	Espalda inferior	Cadera	Músculo	Rodilla	Pantorrilla/Espinilla	Pies/Dedos	Tobillo

28. ¿Ha padecido mononucleosis contagiosa durante el mes pasado?
29. ¿Tiene sarpullidos, úlcera por presión o cualquier otro problema de piel?
30. ¿Ha tenido alguna infección de piel por herpes?
31. ¿Ha sufrido alguna vez alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?
32. ¿Alguna vez le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?
33. ¿Ha sufrido alguna vez un ataque de apoplejía?
34. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?
35. ¿Ha sentido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o haberse caído?
36. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o haberse caído?
37. Si hace ejercicio cuando hace mucho calor, ¿le dan grandes calambres musculares o se pone enfermo?

38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene anemia de células falciformes o depreanocitosis?
39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o de visión?
40. ¿Lleva gafas o lentes de contacto?
41. ¿Lleva gafas protectoras como anteojos protectores o mascarillas protectoras?
42. ¿Está contento con su peso?
43. ¿Está intentando ganar o perder peso?
44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie sus hábitos alimenticios o su peso?
45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?
46. ¿Tiene alguna duda o preocupación que quisiera comentar con un médico?

**SÓLO MUJERES**

47. ¿Ha tenido alguna vez el periodo?
48. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo? \_\_\_\_\_
49. ¿Cuántos periodos ha tenido en el último año? \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas afirmativas aquí:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por la presente afirmo que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.**

Firma del atleta \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi permiso para que se comunique a la escuela el historial médico adjunto del estudiante y los resultados del examen físico con el propósito de que el estudiante participe en deportes y otras actividades.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Examen Físico de Pre-Participación de OPS  
Preguntas Suplementarias

Salud Cardiovascular	Si	No
1. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene algún problema del corazón? Si es así, marque todo lo que aplique: _____ Presión Arterial Alta      _____ Soplo Cardíaco      _____ Colesterol Alto _____ Una Infección Cardíaca      _____ Síndrome de Kawasaki Otra: _____		
2. ¿Se siente sin aliento o mareado más de lo que esperaba cuando hace?		
3. ¿Usted se cansa más o tiene sensación de ahogo más rápidamente que sus amigos cuando hace ejercicio?		
4. A tenido un miembro de su familia o pariente que haya muerto por problemas del Corazón o que haya tenido una muerte inesperada e inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo ahogo, accidente inesperado en el carro, síndrome de muerte súbita infantil)		
5. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome Brugada, o Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
6. ¿Alguien en su familia tiene un problema del Corazón, un marca pasos, o un desfibrilador implantado?		
7. ¿Alguien en su familia a tenido un desmayo inexplicable, ataques epilépticos inexplicables, o casi se ahoga?		
Salud Ósea y de las Articulaciones		
8. ¿Usted tiene una lesión muscular, ósea o en las articulaciones que le moleste?		
9. ¿Alguna de sus articulaciones se inflama, o se vuelve dolorosa, se siente caliente, o se ve roja?		
10. ¿Tiene historia de artritis juvenil o síndrome de tejido conectivo?		
Medicina General		
11. ¿Ha tenido herpes o una infección de la piel MRSA?		
12. ¿Ha tenido alguna lesión ocular?		

**OMAHA PUBLIC SCHOOLS**  
**HEALTH EXAMINATION CARD**

Side 1 of 2

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Birthday \_\_\_\_\_ Gender: M \_\_\_ F \_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Parent or Guardian's Name \_\_\_\_\_  
Name of Health Care Provider \_\_\_\_\_

---

**IMMUNIZATIONS** (obtain a copy of the immunization record if possible)

<u>Immunization</u>	<u>Month/Day/Year</u>	<u>Immunization</u>	<u>Month/Day/Year</u>	<u>Immunization</u>	<u>Month/Day/Year</u>
DTaP 1	____/____/____	Polio 1	____/____/____	HEP B	1 ____/____/____
2	____/____/____	2	____/____/____	2	____/____/____
3	____/____/____	3	____/____/____	3	____/____/____
4	____/____/____	4	____/____/____	4	____/____/____
5	____/____/____	5	____/____/____		
Td 1	____/____/____	MMR 1	____/____/____	HEP B (2-dose series) 1	____/____/____
2	____/____/____	2	____/____/____	2	____/____/____
3	____/____/____				
Tdap 1	____/____/____	HIB 1	____/____/____	HEP A 1	____/____/____
2	____/____/____	2	____/____/____	2	____/____/____
		3	____/____/____		
		4	____/____/____		
VZV 1	____/____/____	Prevnar 1	____/____/____	TB skin test	Result
2	____/____/____	2	____/____/____	____/____/____	_____
Date parent reported disease	_____	3	____/____/____		
		4	____/____/____	Influenza	____/____/____
HPV 1	____/____/____				____/____/____
2	____/____/____	Meningococcal	____/____/____		____/____/____
3	____/____/____			Other	_____

**HEALTH HISTORY**

\_\_\_\_\_ Fainting                      \_\_\_\_\_ Head Injury                      \_\_\_\_\_ Asthma  
\_\_\_\_\_ Seizure                      \_\_\_\_\_ Surgery                      \_\_\_\_\_ Allergies  
\_\_\_\_\_ Other, describe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Family history of sudden death prior to age 50 \_\_\_\_\_

**PHYSICAL EXAMINATION**

General Appearance \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_  
Lab: HCT or HGB \_\_\_\_\_ Lead level drawn \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_ BP \_\_\_\_\_  
Skeletal Development \_\_\_\_\_ Posture \_\_\_\_\_ Scoliosis \_\_\_\_\_  
Hair/Skin \_\_\_\_\_ Lymph \_\_\_\_\_ Head/Neck \_\_\_\_\_  
Ears \_\_\_\_\_ Nose/Sinus \_\_\_\_\_ Throat \_\_\_\_\_  
Mouth \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Speech \_\_\_\_\_  
Heart \_\_\_\_\_ Rhythm \_\_\_\_\_ Rate \_\_\_\_\_ Chest/Lungs \_\_\_\_\_

**(over)**

Abdomen \_\_\_\_\_ Back \_\_\_\_\_  
 Extremities \_\_\_\_\_  
 Neurological Exam \_\_\_\_\_  
 Mental development assessment \_\_\_\_\_  
 Medical diagnosis \_\_\_\_\_  
 Is this child subject to any condition limiting classroom or physical activities? \_\_\_ No \_\_\_ Yes  
 If "Yes", describe \_\_\_\_\_  
 Is this child taking any medication? \_\_\_ No \_\_\_ Yes if "Yes", list medications \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 List concerns/remarks \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HEARING SCREENING:** \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_ Fail Referral \_\_\_\_\_  
 Audio Test                      500Hz                      1000Hz                      2000Hz                      4000Hz  
 Right Ear---dB                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
 Left Ear ----dB                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

**VISION EXAM required for Kindergarten and students transferring from outside of NE**

Tests	Pass	Fail	Recommend Further Examination (See Comments Below)
Amblyopia	_____	_____	_____
Strabismus	_____	_____	_____
Internal Eye Health	_____	_____	_____
External Eye Health	_____	_____	_____
Visual Acuity	Right 20/_____	Left 20/_____	with/without glasses

**Comment/Recommendations/Restrictions** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Date of PE                      Signature of Licensed Health Care Provider                      Office Phone #

# ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES ESCOLARES DE NEBRASKA (NSAA/Escuelas Públicas de Omaha)

## Formulario de consentimiento de padres y estudiantes

Año escolar - 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Los que suscriben abajo, el estudiante y los padres o tutores a cargo del estudiante, que aparece arriba y en adelante se referirá a ellos como "Padres".

Los padres y el estudiante por la presente:

(1) Entienden y reconocen que la participación en las actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del estudiante y es un privilegio;

(2) Entienden y reconocen que (a) por medio de este formulario de consentimiento, la NSAA ha informado a los padres y al estudiante de la existencia de riesgos potenciales asociados con la participación en actividades deportivas; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede implicar lesiones de algún tipo; (c) la severidad de estas lesiones puede ser desde pequeños cortes, moratones, esguinces y torceduras hasta lesiones más serias en los huesos del cuerpo, articulaciones, ligamentos, tendones, o músculos y hasta lesiones catastróficas en la cabeza, el cuello y la espina dorsal, y en raras ocasiones, hasta lesiones tan severas que pueden resultar en una discapacidad total, parálisis y muerte; (d) incluso con el mejor de los entrenamientos, el uso del mejor equipo protector y cumpliendo estrictamente las normas, las lesiones son aún así una posibilidad;

(3) Consienten y aceptan la participación del estudiante en actividades de la NSAA sujetas a las interpretaciones de los estatutos y normas para participar en actividades patrocinadas por la NSAA, y a las normas de actividades de la escuela miembro de la NSAA a la cual pertenece el estudiante; y;

(4) Consienten y aceptan (a) que la escuela miembro a la que pertenece el estudiante, y posteriormente la NSAA, revele información relacionada con el estudiante, incluyendo el nombre del estudiante, dirección, números de teléfono, dirección de correo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, especialidad de estudios, fechas de asistencia, grado escolar, estado de matriculación (ej.: a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente, peso y altura como miembro de los equipos deportivos, titulación, honores y premios recibidos, estadísticas relacionadas con su rendimiento, expediente o documentación relacionada con su elegibilidad para participar en actividades patrocinadas por la NSAA, historial médico y cualquier otra información relacionada con la participación del estudiante en actividades patrocinadas por la NSAA; y (b) que el estudiante que sea fotografiado, grabado ya sea en cinta de video o de audio, o grabado en cualquier otro método, mientras participa en las actividades y concursos patrocinadas por la NSAA; y consienten y renuncian a los derechos de privacidad en relación a la exhibición de esas fotografías o grabaciones, y también renuncian a cualquier reclamación de propiedad u otros derechos relacionados con esas fotografías o grabaciones, o a la emisión, venta o exhibición de esas fotos o grabaciones.

(5) Consienten y aceptan para el estudiante nombrado arriba a acompañar a cualquier equipo escolar al que pertenece en cualquier viaje local o fuera de la ciudad. Yo autorizo a la escuela a obtener, a través de un médico de su preferencia, cuidado médico de emergencia que pueda ser razonablemente necesario en el curso de tal actividad atlética o viaje.

(6) CON COMPLETO ENTENDIMIENTO DE LOS RIESGO QUE ENVUELVE, LIBERO, INDEMNIFICO, Y LIBERO LIBRE DE CUALQUIER DAÑO A LAS ESCUELAS PUBLICAS DE OMAHA Y SUS OFICIALES, AGENTES, RESPRESENTANTES Y EMPLEADOS (COLECTIVAMENTE LOS LIBERADOS) DE CUALQUIER Y TODAS LAS PERDIDAS, RECLAMOS, DEMANDAS, ACCIONES Y CAUSAS DE ACCION, OBLIGACION, DAÑOS Y COSTOS DE GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA (INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE ABOGADO) QUE EL ESTUDIANTE Y O PADRE/TUTOR LEGAL INCURRIDOS O SOSTENIDOS A PERSONA, PROPIEDA O LAS DOS, LA CUAL SURJA DURANTE O ESTE CONECTADA DE ALGUNA MANERA CON LA PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE EN NSAA O ACTIVIDADES DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE OMAHA O VIAJES RELACIONADOS A TALES ACTIVIDADES CAUSADO POR ACCIDENTE, PERCANSE, O NEGLIGENCIA ORDINARIA DE LOS LIBERADOS.

Admito que he leído los párrafos del (1) al (6) que aparecen arriba, y entiendo y acepto los términos que se detallan, incluyendo el aviso de riesgos potenciales de lesiones inherentes a las actividades deportivas.

**HEMOS LEIDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SABEMOS QUE CONTIENE UNA PROVISION DE LIBERACION.**

Firmado el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante [en letras de imprenta]

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

**(Soy) (Somos) [Marque con un círculo lo que corresponda] el/los (Padres) (Guardián). (Yo) (Nosotros) admito/timos que (yo) (nosotros) he/hemos leído los párrafos del (1) al (6) que aparecen arriba, y entiendo/demos y acepto/tamos los términos que se detallan, incluyendo el aviso de riesgos potenciales de lesiones inherentes a las actividades deportivas. Después de haber leído el aviso en el párrafo (3) que aparece arriba y haber entendido el riesgo potencial de que el estudiante puede sufrir lesiones, (yo) (nosotros) por la presente (doy mi) (damo nuestro) permiso para que \_\_\_\_\_ [insertar el nombre del estudiante] entrene y compita para la escuela que se especifica arriba en competiciones aprobadas por la NSAA, excepto en aquellas que se tachan a continuación:**

Baseball	Golf	Tenis	Debate	Oratoria
Baloncesto	Natación	Atletismo	Periodismo	
Campo a través	Fútbol europeo	Voleibol	Música	
Fútbol americano	Softbol	Lucha	Producción teatral	

Firmado el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Tutor [Nombre en letras de imprenta]

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

## HOJA DE RECONOCIMIENTO DE UNA LESION O CONMOCIÓN DE LA CABEZA

Yo entiendo que hay una posibilidad de que ocurra una lesión o una conmoción cuando hay participación en cualquier deporte. Además de esto, me han entregado una *Guía de información de conmociones* de OPS y una *hoja de información para los padres y estudiantes deportistas* y entiendo la importancia de reportar una lesión o conmoción de la cabeza a los padres, entrenadores y personal de entrenamiento atlético.

Después de leer la *Guía de información de conmociones* de OPS y la *hoja de información para los padres y estudiantes deportistas*, soy consciente de la siguiente información:

- Una conmoción es una lesión del cerebro, de la cual soy responsable para reportar;
- Una conmoción puede afectar la habilidad de hacer actividades de la vida diaria, afectar el tiempo de reacción, balance, calidad de sueño y desempeño en el salón de clase;
- No se le permitirá regresar a un estudiante deportista al juego o práctica hasta que sea aprobado por un médico o por el personal de entrenamiento atlético de OPS;
- Después de una conmoción, el cerebro necesita tiempo para sanar. Hay una posibilidad incrementada de que se repita la conmoción si la persona regresa a jugar antes de que los síntomas se hayan resuelto;
- En ciertos casos, las conmociones repetidas pueden causar daño cerebral permanente y hasta la muerte, y
- En cualquier momento, cuando hay sospechas de una conmoción, cualquiera de las siguientes personas tienen el derecho de señalar que hay preocupaciones sobre la salud del estudiante deportista y por lo tanto prohibir que este regrese al juego: Doctor, Entrenador Atlético, Estudiante deportista, Director Técnico, Padres.

**Al firmar aquí abajo, Yo entiendo la importancia de las declaraciones mencionadas anteriormente y he hecho cualquier, y todas las preguntas con respecto al las declaraciones anteriores. Yo también entiendo que no se me permitirá participar en deportes de OPS hasta que esta forma sea firmada por el Padre o Tutor.**

Yo declaro que he leído, que entiendo completamente y que cumpliré con las declaraciones mencionadas anteriormente.

Nombre del estudiante deportista \_\_\_\_\_

Deporte (s) \_\_\_\_\_

Firma del estudiante deportista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor (Requerida) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





... Padre/Tutor quédese con esta guía...

## Comité Asesor de Medicina Deportiva de las Escuelas Publicas de Omaha Guía para Padres y Estudiantes Deportistas Sobre la Conmoción Cerebral



**Conmociones cerebrales pueden resultar de un trauma repentino, tal como una lesión deportiva que provoque a que el cerebro pegue la parte de adentro del cráneo.**

De acuerdo con un estudio de McCrea publicado en el 2004, **Las razones mas comunes para no reportar una conmoción fueron:**

1. No pensaron que la conmoción fuera seria.
2. No querían salir del juego.
3. No pensaron que fuera una conmoción.
4. No querían defraudar a sus compañeros.

Comenzando en el otoño del 2008, los entrenadores certificados y los doctores que están trabajando en OPS utilizaran una nueva guía para evaluar y manejar las conmociones cerebrales ocurridas a los estudiantes atletas de OPS. Desde entonces las pautas se han estado revisando y actualizando anualmente para reflejar las mejores prácticas médicas emergentes con respecto al reconocimiento y el cuidado de las conmociones en deportes juveniles.

### Sabia usted?

De acuerdo al Centro para el Control de Enfermedades y otras Publicaciones:

- Cada año 300,000 atletas sufren conmociones relacionadas con deportes.
- El estimado nacional de conmociones en atletas de preparatoria es de 136,000.
- En las edades 15-24, los deportes son la 2da causa traumática de daño cerebral.
- En la mayoría de los estudios hechos en conmociones se enfocan en la “madures” del cerebro y aunque no podemos ignorar el hecho de que el cerebro joven todavía esta en desarrollo y que los efectos de una conmoción no son completamente comprensibles.
- Los atletas de preparatoria que sostienen una conmoción demuestran una disfunción prolongada de memoria comparada a los atletas de colegio.
- Una conmoción cerebral es: “Que te suenen la campana,” y “getting dinged.”
- La falta de reconocer y manejar apropiadamente una conmoción puede llevar a un daño catastrófico conocido como “síndrome de un segundo impacto”
- “Síndrome de un segundo impacto” puede ser catastrófico, hasta fatal.
- Se puede prevenir un “síndrome de un segundo impacto” – si la conmoción es reconocida y manejada apropiadamente.
- El 18 de abril del 2011 LB 260– se firmó en la ley “El Acta de Concientización de Conmociones” con la intención de proteger a la juventud que participa en deportes atléticos en el estado del peligro de las conmociones que no se detectan, no se diagnostican o no se cuidan bien

Recursos:

1. Center for Disease Control. “Heads Up: Concussion in High School Sports.” [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
2. Gessel, LM et al. *Concussions Among US High School and College Athletes.* J of Athletic Training. 2007: 43(4): 495-203.
3. Guskiewicz, KM et al. *NATA Position Statement: Management of Sports Related Concussions.* J of Athletic Training. 2004: 39(3) 280-297.

## ¿Como se reconoce una conmoción cerebral?

Signos:

1. Aparenta estar mareado o aturdido
2. Esta confundido acerca de una tarea
3. Se le olvidan las jugadas
4. Se mueve torpemente o demuestra problemas de balance y coordinación
5. Pierde la conciencia (aun brevemente)
6. Demuestra cambios de conducta y personalidad

Síntomas:

1. Dolor o presión en la cabeza
2. Nausea
3. Problemas de Balance o Mareo
4. Visión doble o borrosa
5. Sensibilidad a la luz o al ruido
6. Sensación de lentitud, confusión o de estar aturdido
7. No se “siente bien”

# Guía para el Manejo de una Conmoción Cerebral:

## Las metas y resultados del Comité Asesor de Medicina Deportiva de OPS en el manejo de una conmoción.

### Meta:

Para prevenir el incremento en la severidad de la lesión.

### Guía:

Todas las conmociones cerebrales serán evaluadas usando la guía establecida por "2008 International Conference on Concussion in Sport."

Para mas detalles, por favor vea al Entrenador Certificado de su escuela.

**"Lesiones del cerebro (conmociones) no deben tomarse a la ligera. Solo a través de reconocimiento temprano e inmediato y manejo apropiado, podemos prevenir un evento que pueda cambiar la vida."**

### Meta:

Para prevenir el lastimarse otra vez a través de un manejo apropiado.

### Guía:

1. Cuando hayan sospechas razonables de una conmoción, no se permitirá que el atleta continúe la práctica o el juego.
2. El estudiante atleta será evaluado por personal medico calificado.
3. El estudiante atleta no será permitido a regresar a jugar hasta que sea asintomático y no muestre deficiencia neuropsicológica y neurocognitiva durante el examen de seguimiento del impacto y,
4. El estudiante atleta no será permitido a regresar a la practica o competencia sin el permiso de un médico certificado de OPS y hasta que hayan completado un regreso supervisado medico de progreso.

Para mas detalles, por favor vea al Entrenador Certificado de su escuela.

### Si su hijo o hija han sufrido de una conmoción cerebral:

- 1) Busque atención medica (Doctor, SE, Entrenador)
- 2) Manténgalos sin jugar
- 3) Mencione a todos los entrenadores cualquier conmoción reciente.

Recurso: "Center for Disease Control (www.cdc.gov)".

Recursos para la información de conmociones y la póliza pueden encontrarse en:

- 1) El Centro para el Control de Enfermedades [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- 2) Sitio de Internet de OPS [www.ops.org](http://www.ops.org)
- 3) Asociación Nacional de Entrenadores Atlético [www.nata.org](http://www.nata.org)
- 4) Asociaciones Nacionales de la Federación del Estado de Preparatorias [www.nfhs.org](http://www.nfhs.org)

**Que hacer si usted sospecha que su hijo sufrió una conmoción.**  
El estudiante atleta debe de ser llevado a la sala de emergencia si cualquiera de estos signos o síntomas están presentes.

- Dolores de cabeza que empeoran
- Ataques
- Aparenta muy mareado y no se puede despertar
- Vomito continuo
- Habla incoherente
- No puede reconocer personas o lugares
- Incremento en confusión o irritabilidad

- Debilidad o brazos o piernas
- Dolor de cuello
- Cambio inusual de conducta
- Cualquier perdida de conciencia (desmayo)
- Cualquier síntoma de empeore o no mejora con el tiempo
- Incremento en el numero de síntomas
- Síntomas que comienzan a interferir con las actividades diarias del estudiante atleta