

SR JR SO FR  
17 18 19 20

PREPARATORIAS

DATOS PARA EL EXAMEN  
FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER

**2016-17**

DHS BHS GHS RHS

**FAVOR DE ESCRIBIR CLARO CON LETRA DE MOLDE**

Nombre del deportista \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N° ID# \_\_\_\_\_

Alergias o reacciones alérgicas a medicinas (favor de anotar) \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

Nombre de un amigo o pariente \_\_\_\_\_  
(Con quien comunicarse en caso de que no esté disponible el padre o el tutor.)

\_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros de la familia \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguros \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombres de los padres \_\_\_\_\_

Favor de escribir con letra de molde

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad y código postal \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No. celular del papá \_\_\_\_\_ No. celular de la mamá \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Por medio de la presente, solicito, autorizo y doy mi consentimiento, para que cualquier médico, entrenador, enfermera o representante de la escuela le preste atención y tratamiento médicos al antes mencionado alumno en caso de que cualquier representante del distrito escolar de Denton considere que el mismo requiera de dichos cuidados inmediatos como resultado de alguna herida o enfermedad..

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEPORTIVO  
2016-17

Cada año, la junta de regentes autoriza la compra de un seguro médico para los programas deportivos del distrito. Ofrecemos esta póliza **únicamente** como cobertura secundaria, y **no** va a cubrir todos los gastos de una lesión, incluso después de que el seguro de su familia haya pagado el monto permitido.

En caso de que su alumno sufra alguna herida durante una práctica o juego autorizado, favor de seguir estos pasos:

1. Antes de que transcurran **siete (7) días** de la lesión, es necesario presentar ante el entrenador deportivo del distrito de su secundaria, o de la preparatoria que corresponde a su secundaria una **planilla de reclamación por accidente**.
2. Los padres de familia tienen la responsabilidad de presentar todas las reclamaciones.
3. Se tienen que enviar todas las reclamaciones y copias de los recibos por correo antes de que transcurran 90 días de la lesión. (Le podremos informar del nombre y la dirección de la compañía de seguros cuando inicie el año escolar.)

Los entrenadores en la preparatoria Denton son Renatta DeLello y Ryan Hair - 940/369-2191.

Los entrenadores en la preparatoria Braswell TBA 972-347-7700

Los entrenadores en la preparatoria Ryan son Sharon Winn y Ronnie Leidner - 940/369-3108.

Los entrenadores en la preparatoria Guyer son Janna Roper y Cyana Roe - 940/369-1107.

**RECONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES  
DE LA COBERTURA DEL SEGURO**

Hago constar que he leído la anterior información con respecto a la cobertura del seguro deportivo del distrito escolar de Denton, y entiendo que la póliza adquirida por el distrito escolar de Denton constituye una cobertura secundaria, y que no va a ofrecer un reembolso completo por gastos médicos que surjan de lesiones que sufra mi deportista, incluso después de que el seguro de mi familia haya pagado el monto permitido.

\_\_\_\_\_

Firma de los padres del deportista

\_\_\_\_\_

Fecha

## AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS REGLAS POR LOS PADRES

---

*Atención Autoridades Escolares:* Esta forma deberá ser firmada cada año tanto por el estudiante como por el padre o tutor y encontrarse archivada en su escuela, antes de que el estudiante pueda participar en cualquier sesión de práctica, entrenamiento o competencia. También se deberá archivar en su escuela una copia del historial médico del estudiante y una forma de examen físico firmada por el médico, o una forma del historial médico firmada por el padre.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

### Permiso del padre o tutor legal

Yo, por este medio, otorgo mi autorización para que el estudiante arriba mencionado compita en los deportes aprobados de la Liga Interescolar Universitaria y para que viaje con el entrenador o con otro representante de la escuela en cualquier viaje.

Queda entendido que pese a que el atleta porte equipo protector siempre que ello sea necesario, la posibilidad de un accidente prevalece. Ni la Liga Interescolar Universitaria, como tampoco la escuela secundaria, asumen responsabilidad alguna en el caso de que ocurriere un accidente.

Yo he leído y entendido las reglas de la Liga Interescolar Universitaria que aparecen en el dorso de la página y estoy de acuerdo en que mi hijo(a) debe cumplir con todas las reglas de la Liga Interescolar Universitaria.

El abajo firmante acepta ser responsable por la devolución segura de todo el equipo atlético facilitado por la escuela a nombre del estudiante arriba citado.

Sí, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante arriba citado requiere de inmediata atención y tratamiento médico, a consecuencia de cualquier lesión física o enfermedad, yo, por este medio solicito, autorizo y consiento con tal atención y tratamiento que pueda ser prestado al mencionado estudiante por cualquier médico, entrenador, enfermera, hospital o representante escolar y por este medio, consiento en indemnizar y mantener libre de perjuicio a la escuela y a cualquier representante escolar, de cualquier reclamación por cualquier persona, quien fuere, en referencia a dicha atención y tratamiento del mencionado estudiante.

He recibido el Manual UIL de Información al Padre, que trata los asuntos de salud y seguridad y mis responsabilidades como padre o tutor. Entiendo que no dar información precisa y verdadera en las formas UIL puede sujetar al estudiante a penalidades determinadas por la UIL.

Su firma otorga autorización que es necesaria para que el distrito escolar, entrenadores, médicos asociados y personal de seguro del estudiante compartan información relacionada al diagnóstico y tratamiento médico para su estudiante.

Para el padre: Marque la actividad a la que este estudiante está autorizado a participar.

Béisbol	Fútbol Americano	Sóftbol	Pista y Campo
Básquetbol	Golf	Natación/Clavado	Voleibol
Campo Traviesa	Sóccer	Tenis	
Lucha	Animadoras		

Fecha \_\_\_\_\_

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

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/CP \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_

Los entrenadores escolares no pueden:

- Transportar, registrar o instruir a los estudiantes que cursen los grados del 7 al 12, de su zona de asistencia en campamentos no-escolares de béisbol, básquetbol, fútbol, fútbol soccer, sóftbol o vóleibol (Excepciones: Ver Sección 1209 de la Constitución y Reglas de Competencia).
- Dar alguna instrucción o programar alguna práctica para una persona o un equipo durante el tiempo fuera de temporada, excepto durante el período atlético del día de escuela en béisbol, básquetbol, fútbol americano, fútbol -sóccer, sóftbol o vóleibol.
- Las escuelas y los clubes escolares de apoyo no pueden proporcionar fondos, honorarios o transportación para las actividades no escolares.

### REGLAS DE ELEGIBILIDAD GENERALES

De acuerdo con las normas de UIL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en las actividades interescolares si ellos:

- no tienen 19 años de edad o mayores, para el 1 de septiembre del año académico actual. (Ver la excepción 446 de la Constitución y Reglas de Competencia).
- no haberse graduado de la escuela preparatoria.
- están inscritos antes del sexto día de clases del año escolar actual o han asistido por 15 días calendarios antes de la competencia del primer equipo.
- son estudiantes de tiempo completo y participan en la escuela preparatoria que desean representar.
- inicialmente inscritos en el noveno grado, en no más de cuatro años calendario.
- están cumpliendo normas académicas requeridas por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar en su primer año de asistencia. (La residencia del padre se aplica a la elegibilidad atlética del primer equipo solamente). Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: el estudiante ha estado en asistencia continua por lo menos un año calendario y no se ha inscrito en otra escuela; ningún incentivo se ha dado al estudiante para asistir a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar su pensión completa, cuando no vivan con un familiar; los estudiantes que sean llevados de vuelta al distrito deben pagar sus propios costos de transporte); y no es violación de las políticas escolares locales o de TEA por parte del estudiante que continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes ubicados por la Comisión Juvenil de Texas están cubiertos bajo la Residencia Custodial (Ver la Sección 442 de la *Constitución y Reglas de Competencia*).
- han observado todas las disposiciones del Reglamento de Premios.
- no han sido reclutados (No se aplica al reclutamiento de un Colegio o Universidad tal como lo permite la ley).
- no han violado alguna disposición del reglamento del campamento de verano. Los estudiantes de los grados 10-12 entrantes no asistirán al campamento de béisbol, básquetbol, fútbol americano, fútbol sóccer o vóleibol en el cual un entrenador del séptimo al duodécimo grado de su zona de asistencia del distrito escolar, trabaja, instruye, transporta o registra a esos estudiantes en el campamento. Los estudiantes que estarán en los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a un campamento de béisbol, de básquetbol, de fútbol americano, de fútbol sóccer o de vóleibol, en el cual un entrenador de la zona de asistencia de su distrito escolar es empleado por no más de seis días consecutivos cada verano en cada tipo de campamento de verano. Los campamentos de béisbol, básquetbol, fútbol americano, fútbol sóccer o vóleibol en donde el personal escolar trabaja con sus propios estudiantes pueden ser llevados a cabo en mayo, después del último día de clases, junio, julio y agosto, antes del segundo lunes de agosto. Si tales campamentos son patrocinados por personal del distrito escolar deben llevarse dentro de los límites del distrito escolar y el superintendente o su designado aprobará la lista de cuotas de inscripción.
- han observado todas las disposiciones del Reglamento Atlético Amateur. Los estudiantes no pueden aceptar dinero u otra retribución valiosa (propiedad o servicio tangible o intangible, que incluye cualquier cosa que sea usable, vendible o consumible) por participar en algún deporte atlético durante cualquier parte del año. Los atletas no pueden recibir ningún valuable para que sus nombres sean usados para la promoción de algún producto, plan o servicio. Los estudiantes que violen inadvertidamente el reglamento amateur por aceptar retribución valiosa, pueden recobrar elegibilidad atlética al devolver la retribución valiosa. Si los individuos devuelven las retribuciones valiosas dentro de los 30 días después de que sean informados de la violación al reglamento, recobrarán su elegibilidad atlética cuando lo devuelvan. Si no la devuelven dentro de los 30 días, permanecerán inelegibles por un año desde que la aceptaron. Durante el período de tiempo desde cuando los estudiantes reciban la retribución valiosa hasta que la devuelven, son inelegibles para las competencias atléticas del primer equipo en el deporte en el cual la violación ocurrió. La penalidad mínima por participar en una competencia mientras es inelegible es la pérdida del derecho de la competencia.
- no cambió de escuela por propósitos atléticos.
- **Entiendo que no dar información precisa y verdadera en las formas UIL puede sujetar al estudiante en cuestión a penalidades determinadas por la UIL.**

Yo he leído los reglamentos arriba citados y estoy de acuerdo en seguir las reglas.

Fecha

Firma del estudiante

Acknowledgement of rules-Spanish



## Liga Ínter Escolar Universitaria (UIL, en inglés)

### Formulario de Acuse de Recibo/Acuerdo de Padres y Estudiantes Uso de Esteroides Anabólicos y Pruebas Aleatorias de Esteroides

- Las leyes del estado de Texas prohíben la posesión, el despacho, la distribución o administración de esteroides de manera no permitida por las leyes del estado.
- Las leyes del estado de Texas también establecen que el culturismo, aumento de músculos o aumento de masa muscular y fuerza mediante el uso de esteroides por una persona que goza de buena salud, no es un propósito médico válido.
- Las leyes del estado de Texas requieren que solo un profesional licenciado, con autoridad, puede recetar esteroides a una persona.
- Cualquier violación de las leyes estatales en relación a los esteroides es un delito criminal castigado con encarcelamiento o prisión en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

#### ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO DEL ESTUDIANTE

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

Nombre del Estudiante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Grado (9-12) \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### ACUSE DE RECIBO Y CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

Como pre-requisito para la participación de mi estudiante en las actividades atléticas de la UIL, acuso recibo y certifico que he leído este formulario y que entiendo que mi estudiante deberá abstenerse del uso de esteroides anabólicos y que se le podrá pedir que se someta a pruebas para detectar la presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Por medio de la presente certifico estar de acuerdo con que mi estudiante se someta a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado. También entiendo y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides pueda ser compartido con ciertas personas en la escuela preparatoria de mi estudiante en conformidad con el Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL que está disponible en el portal electrónico de la UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides se mantenga en forma confidencial hasta el punto requerido por la ley. Comprendo que proporcionar información falsa e incorrecta podría tener como resultado sanciones para mi estudiante conforme a las penalidades determinadas por la UIL.

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Año escolar (para completarse cada año) \_\_\_\_\_



# FORMA DE RECONOCIMIENTO DE CONMOCIÓN

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

**Definición de conmoción** - significa un complejo proceso fisiopatológico que afecta el cerebro, causado por una fuerza física traumática o impacto de la cabeza o el cuerpo, que puede: (A) incluir función cerebral alterada temporal o prolongada que resulta en síntomas físicos, cognitivos o emocionales, o alteraciones de los patrones del sueño; e (B) implicar pérdida de conciencia.

**Prevención** - Enseñar y practicar juegos seguros & técnica adecuada.

- Seguir las reglas del juego.
- Asegurarse de llevar el equipo de protección necesario en todas las prácticas y juegos.
- El equipo de protección debe quedar correctamente y ser inspeccionados periódicamente.

**Signos y síntomas de conmoción cerebral** - Los signos y síntomas de conmoción pueden incluir pero no se limitan a: dolor de cabeza, parecer estar confundido o aturdido, tinnitus (zumbido en los oídos), fatiga, dificultad para hablar, náuseas o vómitos, mareos, pérdida del equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz o al ruido, sentirse mareado o confundido, pérdida de la memoria, o confusión.

**Supervisión** - Cada distrito nombrará y aprobará a un Equipo de Supervisión de Conmoción (COT, por sus siglas en inglés). El COT incluirá, por lo menos, un médico y un entrenador deportivo si hay uno empleado por el distrito escolar. Otros miembros pueden incluir: Enfermera de Práctica Avanzada, neuropsicólogo o un asistente médico. El COT está a cargo de desarrollar el protocolo de Volver a Jugar basado en la evidencia científica revisada por pares.

**Tratamiento de conmoción** - Si se sospecha que el estudiante-atleta ha tenido una conmoción cerebral, él o ella serán retirados de la práctica o competencia inmediatamente. Cada estudiante-atleta que se sospeche haya sostenido una conmoción serán vistos por un médico antes de que puedan volver a la participación atlética. El tratamiento de conmoción es descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa como ver televisión, juegos de videos, envío de mensajes de texto, uso de ordenador, y luces brillantes. Cuando todos los signos y síntomas de conmoción cerebral hayan desaparecido y el estudiante haya recibido autorización escrita de un médico, el estudiante-atleta podrá iniciar el protocolo de volver a jugar del distrito como lo determine el Equipo de Supervisión de Conmoción.

**Volver a jugar** - Según la sección 38.157 del Código de Educación de Texas:

Un estudiante que ha sido retirado de una práctica de deporte o competencia interescolástica en virtud de la sección 38.56 puede que no sea autorizado a practicar o competir de nuevo tras la fuerza o impacto que se cree ha causado la conmoción cerebral hasta que:

(1) el estudiante ha sido evaluado, establecido mediante protocolos médicos basados en revisión de evidencia científica de pares, por un médico elegido por el estudiante o los padres o tutores del estudiante u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante;

(2) el estudiante ha completado con éxito cada uno de los requisitos del protocolo de volver a jugar establecido en virtud de la sección 38.153 necesaria para que el estudiante pueda volver a jugar.

(3) el médico ha proporcionado una declaración escrita que indica que, a juicio profesional del médico, es seguro para el estudiante volver a jugar; y

(4) el estudiante y sus padres o tutores u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante:

(A) han reconocido que el estudiante ha completado los requisitos necesarios del protocolo de volver-a-jugar para que el estudiante vuelva a jugar:

(B) han proporcionado la declaración escrita del médico, bajo Subdivisión (3) a la persona responsable del cumplimiento del protocolo de volver a jugar bajo lo dispuesto en el párrafo c) y la persona que tiene responsabilidades de supervisión en la subsección (c); y

(C) han firmado un formulario de consentimiento que indica que la persona que firma:

(I) ha sido informada acerca de esto y da su consentimiento para que el estudiante participante regrese a jugar en conformidad con el protocolo de volver a jugar;

(II) entienden los riesgos asociados con el estudiante regresando a jugar y se atendrán a los requisitos del protocolo de volver-a-jugar;

(III) consiente a la revelación a las personas apropiadas, en consonancia con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico del 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración escrita por el médico bajo la Subdivisión (3) y, si fuera el caso, las recomendaciones del médico para volver a jugar; y

(IV) comprenden las disposiciones sobre inmunidad en virtud de la sección 38.159.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO

Revisado en febrero del 2015

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

### ¿Qué es un paro cardíaco súbito?

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

### ¿Qué causa un paro cardíaco súbito?

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



## FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO

Revisado en febrero del 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

- Visite la sección Cardíaca de Salud y Seguridad del portal de la UIL ([uiltexas.org](http://uiltexas.org))

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO ANTES DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS -- HISTORIAL MÉDICO

REVISED 01-06-09

El alumno y sus padres (o tutores) tienen que completar este HISTORIAL MÉDICO *cada año* para que el alumno pueda participar en actividades deportivas. Hemos elaborado estas preguntas para determinar si el alumno está presentando algún problema de salud que lo ponga en riesgo en alguna competencia deportiva.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Médico particular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, comunicarse con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Explique las respuestas "sí" en el cuadro de abajo. Encierre con un círculo las que no sepa responder.

		Yes	No			Yes	No								
1.	¿Has padecido alguna enfermedad o lesión desde tu último chequeo médico o evaluación de tu estado médico para propósitos deportivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	¿Usas para tu deporte o tu posición dentro del equipo algún equipo de protección especial o correctivo, que no se acostumbra usar para tu posición o deporte (ej.: rodilleras, protector del cuello, plantillas, corrector de dientes, aparato auditivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2.	¿Estuviste hospitalizado el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	¿Has sufrido algún esguince, torcedura o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	¿Has tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3.	¿Has tenido alguna evaluación cardíaca prescrita por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Has tenido cualquier otro tipo de problemas con dolor o inflamación en músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	¿Te has desmayado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Sí?--marca el cuadrado correspondiente y explica abajo.										
	¿Has tenido algún dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera								
	¿Te cansas más rápido que tus amigos al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo								
	¿Has sentido alguna vez que el corazón te late demasiado rápido, o que te salta un latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla								
	¿Has tenido alguna vez presión alta o colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla								
	¿Te han dicho alguna vez que tienes un soplo de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo								
	¿Ha fallecido alguno de tus familiares debido a problemas del corazón o ha fallecido alguno inesperadamente antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Pie									
	¿Han diagnosticado a algún familiar tuyo de corazón dilatado, cardiomiopatía hipertrofica, síndrome QT alargado, u otro síndrome de ion Canalopatía (Síndrome de Brugada), síndrome de Marfan, o alguna arritmia del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	¿Quieres ganar o perder más peso que el que tienes ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	¿Has sufrido en este mes alguna infección viral grave (por ejemplo: miocarditis o mononucleosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	¿Un médico alguna vez te ha prohibido o limitado la participación en deportes, debido problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	¿Has sido diagnosticado o tratado por célula falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4.	¿Has sufrido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Solo Mujeres</b>										
	¿Alguna vez has perdido la conciencia, o la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	¿Cuándo tuviste tu primera menstruación? _____										
	¿Sí?--¿Cuántas veces? _____				¿Cuándo fue tu última menstruación? _____										
	¿Cuándo fue la última vez? _____				¿Cuánto tiempo tienes desde el comienzo de un período al comienzo hasta el inicio del siguiente? _____										
	¿Qué tan grave fue cada una? (Explica abajo)				¿Cuántos períodos has tenido en este año? _____										
	¿Alguna vez has tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuál ha sido el lapso más largo entre períodos en este año? _____										
	¿Te dan dolores de cabeza frecuentes o fuertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>A quien conteste afirmativamente a cualquier pregunta referente a un posible problema cardiovascular (pregunta 3 arriba), según la forma, se le debe restringir futura participación hasta que el individuo sea examinado y un médico, médico asistente, médico quiropráctico o enfermero practicante haya dado su aprobación.</b>											
	¿Has perdido alguna vez la sensibilidad o has sentido hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>**EXPLICAR LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN ESTE CUADRO</b> (adjuntar otra hoja si es necesario):											
	¿Has tenido alguna vez un nervio comprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> </table>											
5.	¿Te falta alguno de los órganos pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
6.	¿Estás bajo cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
7.	¿Estás tomando actualmente algún medicamento o pastilla con o sin receta (de venta en mostrador) o usas un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
8.	¿Tienes alguna alergia (por ejemplo al polen, medicamentos, comida o picadura de insecto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
9.	¿Te has mareado durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
10.	¿Tienes actualmente alguna afección de la piel (por ejemplo, comezón, salpullido, granos, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
11.	¿Te has enfermado alguna vez por hacer ejercicio en el calor del sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
12.	¿Alguna vez has tenido problemas de la vista o con los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
13.	¿Te ha faltado de repente la respiración cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	¿Sufres de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	¿Sufres de alergias de temporada que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Se entiende que aunque el deportista use equipos de protección en caso necesario, todavía existe la posibilidad de que ocurra un accidente. Ni la Liga Interescolar Universitaria (UIL) ni la escuela se hacen responsables en caso de accidente. Si, a juzgar por algún representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento médico inmediato por alguna lesión o enfermedad, por medio de la presente, solicito, autorizo y doy mi consentimiento, para que cualquier médico, entrenador, enfermera o representante de la escuela le preste atención y tratamiento médico. Por medio de la presente libero a la escuela y cualquier representante de escuela u hospital de cualquier responsabilidad o reclamo hecho por una persona o el balance por dichos cuidados o tratamientos al mismo. En caso de que en el lapso entre el día de hoy y el inicio de las competencias deportivas, surja alguna enfermedad o lesión que limite la participación de este alumno, acuerdo en avisar a los funcionarios de la escuela de tales lesiones o enfermedad.

**Por la presente declaro que, a medida de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son verdaderas. El no proporcionar repuestas verdaderas el estudiante podría ser sancionado como sea determinado por la UIL**

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Padres o tutores del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cualquier "sí" en las preguntas 1,2,3,4,5 ó 6 requieren una evaluación médica más a fondo, que podría incluir un examen físico. Hace falta un visto bueno escrito por un médico, asistente médico, enfermero practicante o médico quiropráctico antes de poder participar en prácticas, juegos o partidos de UIL. ESTA PLANILLA TIENE QUE ESTAR ARCHIVADA ANTES DE PODER PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO DE PRACTICA ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL HORARIO DE CLASES.

Para uso de la escuela solamente:

Esta forma de Historia Medica fue revisada por: Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO ANTES DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS -- EXAMEN MÉDICO**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % Grasa corporal (opcional) \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_)

Visión R 20/\_\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_\_ Corregido: Sí No Pupilas: Iguales \_\_\_\_\_ Desiguales \_\_\_\_\_

Como requisito mínimo, es necesario completar esta **Planilla de Examen Médico** antes de participar en deportes en la secundaria, y nuevamente antes de participar en actividades deportivas en el primer y tercer años de preparatoria. **Tiene** que ser completado en caso de haber algún "sí" en las preguntas específicas en la historia médica al dorso de ésta. **\*Puede ser que las políticas locales del distrito escolar obliguen un examen físico anual.**

	NORMAL	ANORMALIDADES	INICIALES*
<b>CONSIDERACIONES MÉDICAS</b>			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón - auscultación del corazón acostado de espaldas			
Corazón - auscultación del corazón estando de pie			
Corazón - pulso en la parte inferior de las extremidades			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (sólo hombres)			
Piel			

<b>MUSCULOS Y ESQUELETO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro / brazo			
Codo / antebrazo			
Muñeca / mano			
Cadera / muslo			
Rodilla			
Pierna / tobillo			
Pie			

\*únicamente si los exámenes se hacen en diferentes puestos

**VISTO BUENO**

Autorizado  
 Autorizado después de completar evaluación o rehabilitación por: \_\_\_\_\_

No autorizado para: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

*Un médico o médico asistente, con licencia del State Board of Physician Assistant Examiners, o Junta de Médicos Asistentes Examinadores del Estado, en inglés, un enfermero reconocido por la Board of Nurse Examiners, o Junta de Enfermeros Examinadores, en inglés, como enfermero/a de práctica avanzada, o un doctor de quiropráctica tiene que completar estos datos y firmar. Si cualquier otro profesional del sector salud firma estas planillas de evaluación, no las podemos aceptar.*

Nombre (letra de molde o por máquina): \_\_\_\_\_ Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

Tiene que completarse antes de que el alumno pueda participar en cualquier práctica, antes, durante o después de clases, (sea o no sea de temporada), o juegos/ partidos.