



**Formulario de participación atlética**  
**Liberación y consentimiento estudiantil y paterno**  
**Participación para estudiantes de secundaria (grados 9 a 12)**

*Formulario KHSAA GE04*  
 Permiso y consentimiento de padres de  
 estudiantes de secundaria  
 Revisado el 15/4, página 1 de 2  
 © KHSAA, 2019

*El estudiante y los padres/tutores deben leer cuidadosamente esta declaración y firmar donde sea necesario. Al firmar este formulario, todas las partes aceptan haber completado todas las secciones del formulario, así como haber leído y aceptado los términos del mismo como se detallan a continuación. Este formulario **debe** completarse antes de que el estudiante participe (en lo sucesivo, se incluyen ir a las pruebas, practicar y/o competir) en atletismo interescolar. Este formulario debe mantenerse en un lugar seguro hasta que el estudiante haya agotado la elegibilidad, se haya graduado de la escuela secundaria y haya alcanzado la edad de 19 años.*

**INFORMACIÓN DEL ATLETA (Esta parte debe ser completada por el estudiante y su familia)**

Nombre (apellido, primer nombre, iniciales): \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (condado, estado): \_\_\_\_\_

Historia de asistencia escolar:

Grado	Nombre de la escuela	Año escolar	¿Equipo estudiantil (sí/no)?
9			
10			
11			
12			

**Planeo participar en las siguientes actividades (marque todas en las que podría participar):**

- |  |  |   |  |                                   |                                 |
|--|--|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Béisbol       | <input type="checkbox"/> Baloncesto      | <input type="checkbox"/> Carrera a campo traviesa | <input type="checkbox"/> Fútbol americano    | <input type="checkbox"/> Golf     | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Sófbol        | <input type="checkbox"/> Natación        | <input type="checkbox"/> Tenis                    | <input type="checkbox"/> Pista y campo       | <input type="checkbox"/> Voleibol | <input type="checkbox"/> Lucha  |
| <input type="checkbox"/> Tiro con arco | <input type="checkbox"/> Pesca de lobina | <input type="checkbox"/> Bolos                    | <input type="checkbox"/> Ajedrez competitivo | <input type="checkbox"/> Baile    |                                 |
| <input type="checkbox"/> Otro(s)       | _____                                    |   |  |                                   |                                 |

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

Dirección de contacto de emergencia, incluyendo ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico diurno \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA (Reglamento 12 de la KHSAA)**

*Antes de participar en cualquier práctica o concurso (incluyendo postularse para un lugar en un equipo) de cualquier deporte o actividad deportiva durante los periodos de las temporadas según se definen en el Reglamento 23, todos los estudiantes deben tener un seguro médico con límites de cobertura de al menos \$25.000. Si esta cobertura es proporcionada a través de la escuela, comuníquese con el director escolar o el director deportivo con respecto a cualquier reclamo potencial. Los distritos y las escuelas individuales pueden imponer requisitos adicionales para el seguro o la cobertura durante los periodos adicionales de actividades fuera del Reglamento 23.*

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Número de la póliza/ID \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

La siguiente información se registra únicamente para posibles hospitalizaciones y necesidades de atención de emergencia y no es necesario que se registre en este formulario. Sin embargo, aquellos que no proporcionen esta información deben ser conscientes de que podría ser solicitada por las instalaciones de tratamiento de emergencia antes de prestar el servicio, y no proporcionarla podría resultar en una falta de atención adecuada.

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO, RECONOCIMIENTO DE REGLAS DE ELEGIBILIDAD, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN**

Como padre/tutor legal, estoy de acuerdo con permitir que mi hijo participe en atletismo interescolar.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que la participación en atletismo interescolar implica algunos riesgos inherentes a lesiones potencialmente graves, incluyendo sin limitarse a muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna vertebral que pueden resultar en parálisis completa o parcial, daño cerebral, lesiones graves a prácticamente todos los órganos internos, lesiones graves a prácticamente todos los huesos, las articulaciones, los ligamentos, los músculos, los tendones y otros aspectos del sistema músculo esquelético, lesiones graves o deterioro

de otros aspectos del cuerpo, o efectos sobre la salud general y el bienestar del niño. Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y el padre/tutor legal reconocen la importancia de que el estudiante obedezca las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas del equipo. Al firmar este formulario, el estudiante y el padre/tutor legal reconocen que la participación del estudiante es totalmente voluntaria y que ha leído y entendido esta disposición.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por este medio y de manera irrevocable e incondicional, liberan, absuelven y eximen para siempre a la KHSAA y a sus directivos, agentes, abogados, representantes y empleados (colectivamente, los «Liberados») de todas las pérdidas, los reclamos, las demandas, las acciones y las causas de acción, las obligaciones, los daños y los costos o los gastos de cualquier naturaleza (incluyendo los honorarios de abogado) que el estudiante y/o el padre/tutor legal incurran o sostengan a la persona, propiedad o a ambos, que surjan, resulten, ocurran durante o que estén conectados de otra manera con la participación del estudiante en atletismo interescolar si se debieran a la negligencia ordinaria de los Liberados.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que han leído y comprendido los Reglamentos de la KHSAA por distribución bajo los enlaces del manual en <http://khsaa.org/>. Tenga en cuenta que un estudiante está sujeto al período de un año de inelegibilidad al que el reglamento comúnmente se refiere como la «Regla de Transferencia» tras participar en cualquier concurso estudiantil, independientemente de las veces que haya participado o la falta de ello.

El estudiante y el padre/tutor legal acuerdan cumplir con los Reglamentos de la KHSAA y el Procedimiento de Proceso Debido como se promulga ahora o enmendará posteriormente. El estudiante y el padre/guardián legal también reconocen que están de acuerdo con acatar las decisiones del comisionado, comisionado adjunto, oficial de audiencia y junta de control.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que el estudiante debe tener cobertura de seguro médico de hasta un límite de \$25.000 con el fin de ser elegible para participar en atletismo interescolar.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, dan a la escuela secundaria, a la KHSAA y a sus representantes permiso para divulgar la información demográfica de este estudiante (incluyendo videos e imágenes fotográficas), las estadísticas de participación (incluyendo altura, peso y año en la escuela, historial de participación y otras estadísticas basadas en el desempeño) y otra información que se pueda solicitar, y acuerdan que el estudiante puede ser fotografiado o de otra forma capturado digital o electrónicamente durante la competencia escolar. Todo este material puede ser usado sin permiso o compensación específicamente relacionada con la KHSAA y sus eventos.

El estudiante y el padre/tutor legal aceptan que este estudiante reciba un examen físico como lo requiere la KHSAA.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, acuerdan que la escuela secundaria, la KHSAA y sus representantes podrán usar y divulgar la información personal identificable y necesaria de los expedientes educativos del estudiante, incluyendo la información académica, financiera y de salud, a terceros que incluyen a representantes de la escuela, entrenadores y entrenadores de la disciplina, instalaciones médicas, personal médico, consejeros legales de la KHSAA y medios de comunicación, con el propósito de recibir la atención médica apropiada/necesaria y cumplir con los reglamentos de la KHSAA, incluyendo adoptar decisiones de elegibilidad para participar en atletismo interescolar y cualquier procedimiento administrativo o legal que resulte de la participación o intento de participación en atletismo interescolar, sin que dicha divulgación constituya una violación de los derechos bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar. El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, liberan a la escuela secundaria, a la KHSAA y a sus representantes de todos y cada uno de los reclamos que surjan del uso y la divulgación de dicha información personal identificable, y acuerdan proporcionarles a la escuela secundaria, a la KHSAA y a sus representantes, tras previa solicitud, la solicitud detallada y completa para una ayuda financiera.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por este medio reconocen que son conscientes y revisarán, si lo desean, los materiales educativos disponibles a través de la KHSAA, los Centros para el Control de Enfermedades y otras agencias con respecto a la educación de todos los individuos sobre la naturaleza y el riesgo de sufrir una conmoción cerebral y lesión en la cabeza, incluyendo la continuación en el juego después de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por este medio aceptan permitir que el estudiante reciba el tratamiento médico que la escuela secundaria, la KHSAA y sus representantes consideren conveniente en caso de lesión, accidente o mientras participe en atletismo interescolar, incluyendo sin limitarse al transporte del estudiante a un centro médico.

## **FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RIESGO, REGLAS DE ELEGIBILIDAD, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, CONSENTIMIENTO, LIBERACIÓN Y PERMISO DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/TUTOR LEGAL**

---

Nombre del estudiante (escriba en letra de molde)

---

Escuela:

---

Dirección del estudiante y padre/tutor, incluyendo la ciudad, el estado y el código postal

---

Firma del estudiante

---

Fecha

---

Por favor, anote todos los problemas/preocupaciones de salud que este estudiante pueda tener, incluyendo las alergias (medicamentos/otros) y cualquier medicamento que esté consumiendo actualmente

---

Nombre de los padres/tutores que tienen la custodia de este estudiante (por favor, escriba en letra de molde)

---

Número telefónico de emergencia

---

Firma de los padres/tutores que tienen custodia de este estudiante

---

Fecha

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

*Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)*

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			Sí	No
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR			Sí	No
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES		
	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

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

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

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN/STATUTORILY AUTHORIZED PROVIDER REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / ( / )	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>		

<sup>a</sup> Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

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

Medically eligible for certain sports

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

Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

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

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

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

Medications: \_\_\_\_\_

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

Other information: \_\_\_\_\_

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

Emergency contacts: \_\_\_\_\_

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

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.