

Formulario de participación atlética de Worthington High School

Nombre: _____ Teléfono: _____ Grado: _____
 Escuela a la que asistió el año pasado (si no fue WHS o WMS): _____ Género: **M F**
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono/Celular: _____
 Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono/Celular: _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Petición de permiso: Nosotros, el estudiante que firma y su padre/madre/tutor, solicitamos permiso para participar en actividades atléticas interescolares en los **siguientes deportes: (Marque todos los deportes en los que quiera participar)**. Este formulario es para todos los deportistas y será archivado por el distrito y enviado al entrenador correspondiente durante el año escolar 2018-2019.

<input type="checkbox"/> Fútbol Americano – Football	<input type="checkbox"/> Básquetbol – Basketball	<input type="checkbox"/> Sóftbol – Softball
<input type="checkbox"/> Vóleibol – Volleyball	<input type="checkbox"/> Lucha grecorromana – Wrestling	<input type="checkbox"/> Béisbol – Baseball
<input type="checkbox"/> Fútbol – Soccer	<input type="checkbox"/> Gimnasia – Gymnastics	<input type="checkbox"/> Atletismo – Track
<input type="checkbox"/> Campo travesía – Cross Country	<input type="checkbox"/> Hockey	<input type="checkbox"/> Golf
<input type="checkbox"/> Tenis – Tennis	<input type="checkbox"/> Danza – Danceline	<input type="checkbox"/> Porrista – Cheerleading

Pago de cuotas de participación

Cuotas para estudiantes de High School

- **60 dólares**
- **30 dólares** (si se participa en el programa de alimentación gratis o a precio reducido)

Cuotas para estudiantes de la Middle School

- **20 dólares**
- **10 dólares** (si se participa en el programa de alimentación gratis o a precio reducido)

Las familias deben llenar los formularios necesarios para determinar su elegibilidad en los programas de almuerzo gratis o de precio reducido.

Seguro: El distrito escolar de Worthington no provee ningún tipo de seguro médico ni de accidentes para lesiones que les ocurran a sus hijos en la escuela. El distrito escolar anima a todas las familias a que obtengan cobertura para accidentes de sus hijos **antes de que participen en cualquier deporte o actividad escolar**. El sistema de escuelas públicas de Worthington ofrece una póliza de seguro para deportes interescolares que provee beneficios limitados para todos los estudiantes en el sistema que participan en actividades deportivas patrocinadas y supervisadas por la escuela. La póliza provee cobertura de suplemento para estudiantes que tengan otro tipo de seguro, pero solo paga cuando los otros beneficios han sido usados en su totalidad. Cuando un estudiante no tiene otra cobertura con una agencia comercial de seguros, *Medicare* o *Medicaid*, el seguro para deportistas interescolares es la póliza principal. Para comprar esta cobertura obtenga el formulario con el entrenador o en la oficina de la preparatoria, incluya un cheque a nombre de *Student Assurance Services, Inc.* y devuélvalo a la oficina en 10 días. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura comuníquese con Student Assurance Services, PO Box 196 Stillwater, MN. Si su hijo(a) se lastima participando en un evento deportivo interescolar, haga lo siguiente: 1. Vea a un médico antes de que pasen 30 días de la lesión. 2. Pida un formulario de reclamación en su escuela. 3. Entregue el formulario de reclamación por accidentes antes de que pasen 90 días de la lesión.

RECOMENDACIONES PARA ATLETAS DE LA MSHSL EN CASO DE UNA CONMOCION CEREBRAL

Síntomas observados por los entrenadores: Parece estar aturdido y sin sentido; está confundido con su función o posición, se le olvidan las jugadas, no está seguro del juego, el marcador o de los oponentes; se mueve torpemente, contesta lentamente, queda inconsciente (aunque sea brevemente), muestra un cambio de comportamiento o personalidad, no recuerda lo que pasó antes o después del golpe.

Síntomas reportados por el atleta: Dolor o “presión” en la cabeza; náuseas o vómito, problemas de equilibrio, mareo, ve doble o borroso, sensibilidad a la luz o al ruido, se siente lento, confundido, atontado o sin la más mínima idea de lo que pasa, tiene problemas de concentración o de memoria, no se “siente bien”.

Lesión grave

Cuando un jugador muestra los síntomas de una conmoción cerebral, se debe hacer lo siguiente:

1. No se debe permitir que el jugador regrese a jugar en el juego actual o práctica
2. No se debe dejar solo al jugador y es esencial estar viendo que sus síntomas no empeoren durante las primeras horas después de ser lesionado.
3. El jugador debe ser evaluado por un médico después de ser lesionado.
4. Se exige que el jugador pase la prueba **Impact** que proporciona la escuela
5. Se debe seguir un proceso supervisado por un médico para volver a jugar.

Protocolo para volver a jugar

La mayoría de las lesiones serán conmociones simples, y los atletas se recuperan espontáneamente de estas lesiones en unos días. En estas situaciones se espera que un atleta se someta rápidamente a una estrategia y siga su proceso para volver a jugar. Durante este periodo de recuperación en los primeros días de la lesión, es importante enfatizar con el jugador que tiene que descansar física y mentalmente. Las actividades que requieren concentración y atención pueden exacerbar los síntomas y prolongar la recuperación.

Para volver a jugar después de una conmoción cerebral siga el siguiente proceso:

1. No actividades, descansar completamente hasta que todos los síntomas se hayan resuelto. Una vez que desaparezcan los síntomas, proceda al paso 2.
2. Hacer el examen de impacto seguido del visto bueno del médico
3. Ejercicios aeróbicos leves como caminar o una bicicleta estacionaria, no hacer ejercicios de resistencia.
4. Ejercicios específicos al deporte – por ejemplo, patinar si juega hockey, correr si juega fútbol, y adicionar ejercicios de resistencia progresivamente.
5. Rutinas de entrenamiento sin contacto.
6. Entrenamiento completo cuando el médico lo autorice.
7. Jugar normalmente.

Al progresar con estos pasos, el atleta puede continuar al siguiente nivel si no presenta síntomas en el nivel en el que se encuentra. Si vuelven a ocurrir síntomas de la conmoción, el paciente debe regresar al nivel en el que no presentaba síntomas y tratar de progresar después de 24 horas.

En casos de conmociones complejas, la rehabilitación será más prolongada y los consejos para regresar a jugar serán más cautelosos. Se prevé que los casos complejos deban ser manejados por doctores especializados en el manejo de tales lesiones.

Otra cosa que se considera para regresar a jugar es que un atleta que sufra de una conmoción cerebral no solamente debe estar sin síntomas sino que tampoco debe estar tomando ningún agente/medicamento farmacológico que pueda afectar o modificar los síntomas de una conmoción cerebral. Si se empieza con un tratamiento antidepressivo durante el manejo de una conmoción compleja, la decisión de volver a jugar mientras recibe tales medicamentos debe ser considerada cuidadosamente por el médico (vea abajo).

Cuando se tienen equipos de médicos con experiencia en el manejo de conmociones cerebrales con acceso a evaluaciones neuro-cognitivas inmediatas –o sea, en la banda del campo de juego – los pasos a seguir para regresar a jugar son más rápidos, pero deben seguir aún los mismos principios básicos, sobre todo la completa recuperación clínica y cognitiva antes de considerarse el regresar a jugar.

Los exámenes neuro-cognitivos que usan programas computarizados como *CogSport*, *Impact* y *Headminders* pueden ser un complemento muy útil en el manejo de conmociones cerebrales en estudiantes de preparatoria y se usan mejor cuando se tiene un punto de partida con el cual comparar al paciente después de la conmoción. Los exámenes como punto partida se deben considerar para atletas que compiten en deportes de contacto, especialmente el fútbol americano, hockey sobre hielo, fútbol, lucha grecorromana y básquetbol. Los exámenes son más rentables una vez resueltos los síntomas.

Para más información visite www.concussionsafety.com.

CUESTIONARIO ANUAL DE SALUD DEPORTIVA MSHSL

****Ponga una en SI o NO para cada una de las preguntas o circule el número de la pregunta si no puede contestar****

El año pasado:

	SI	NO
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido participar en un deporte por cualquier razón sin permitirte volver a jugar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez te has desmayado o has estado a punto de desmayarte <i>durante</i> o <i>después</i> de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has sentido tu pecho incómodo, apretado o presionado mientras haces ejercicio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tu corazón se acelera o late irregularmente cuando haces ejercicio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te sientes mareado o se te dificulta respirar más de lo normal mientras haces ejercicio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has tenido una convulsión inexplicada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Algún familiar cercano ha muerto repentina e inexplicablemente sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Algún pariente ha muerto por problemas del corazón o ha tenido una muerte repentina inesperada o inexplicable antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogo, accidente automovilístico, o síndrome de muerte súbita infantil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Algún pariente cercano ha tenido casos inexplicados de desmayos, convulsiones o de ahogamiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Algún pariente cercano ha desarrollado miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo/corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Algún pariente cercano ha sido diagnosticado con síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo/corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Algún pariente cercano menor de 50 años tiene problemas del corazón, marcapasos, o un desfibrilador implantado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (fiebre glandular) durante el último mes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral y todavía presentas síntomas como dolores de cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Has sentido tus brazos o piernas entumidas, con hormigueos, débiles o sin poder moverlas después de golpearlo o caerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No tengo conocimiento de ningún problema físico o de salud adicional que le impida practicar un deporte. Afirmo que las respuestas de arriba son verdaderas y correctas y apruebo la participación en actividades atléticas.

Firma del padre o tutor legal

Firma del atleta

Fecha

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD ATLÉTICA MSHSL 2018-2019

La declaración debe ser firmada por el participante de una escuela perteneciente al MSHSL y por el padre, madre, o tutor del participante.

- He leído, entendido y recibido el folleto de elegibilidad atlética del 2014-2015, el cual contiene solo un resumen de las reglas de elegibilidad de la Liga de Preparatorias del Estado de Minnesota (MSHSL, por sus siglas en inglés). Entiendo que hay una copia del Reglamento Oficial de la MSHSL archivada con el director deportivo o el director de la escuela preparatoria y que puedo leerla, en su totalidad, si así lo decido. El Reglamento Oficial y las otras reglas de la MSHSL también están publicadas en la página de internet de MSHSL: www.mshsl.org en la sección *Handbook* [Reglamentos].
- Nosotros, el estudiante y el padre de familia, hemos leído la sección de recomendaciones para atletas de la MSHSL en caso de una conmoción cerebral contenida en el Folleto de Elegibilidad que se encuentra en la página de internet de la Liga www.mshsl.org
- Entiendo que una vez que firme la declaración de elegibilidad entrarán en vigencia todas las reglas de elegibilidad:
 - Doce (12) meses del año;
 - Este o no este participando actualmente;
 - Continuamente desde la primera vez que firme la de declaración hasta haberse completado mi elegibilidad en la preparatoria.
- Además entiendo que una escuela perteneciente al MSHSL debe acatar todas las reglas y normas pertinentes a las actividades deportivas de la Liga que organice una escuela y que las reglas locales pueden ser más rigurosas, y los castigos más severos, que las de la MSHSL.

CODIGO DE RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE

- Como estudiante que participa en las actividades interescolares de mi escuela, entiendo y acepto las siguientes responsabilidades:
 - Respetaré los derechos y creencias de los demás y los trataré con cortesía y consideración.
 - Seré totalmente responsable de mis propios actos y de sus consecuencias.
 - Respetaré las pertenencias de los demás.
 - Respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
 - Respetaré a los responsables de imponer las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

Cualquier estudiante cuyo carácter o conducta viole este código o que sea suspendido o expulsado no se considera acreditado y no será elegible por el tiempo que determine el director. Mientras un estudiante no se considere acreditado, el estudiante puede no ser sancionado por violar el reglamento interno de la MSHSL.
- **Consentimiento informado:** Por naturaleza, la participación en deportes interescolares incluye el riesgo de lesiones y la transmisión de enfermedades como VIH, herpes, hepatitis B, etc. Aunque las lesiones serias no son comunes y el riesgo de contraer el VIH es casi inexistente en programas deportivos escolares con supervisión, es imposible eliminar todos los riesgos. Los participantes tienen la responsabilidad de ayudar a reducir esos riesgos. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, reportar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa apropiado de acondicionamiento físico e inspeccionar su propio equipo de protección diariamente. **LOS PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES QUE NO QUIERAN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITOS EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBERIAN FIRMAR ESTA FORMA. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE LA MSHSL SIN LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DE SUS PADRES/TUTORES.**
- Estoy de acuerdo en que el entrenador atienda a las lesiones y autorizo que hablen y que intercambien información de esas lesiones y de cualquier otra información médica pertinente con entrenadores, personal docente y personas capacitadas en cuidado médico según sea necesario dentro de su capacidad.
- También entiendo que en caso de lesión o enfermedad que requiera transporte a una clínica/hospital, se hará un intento razonable de comunicarse con el padre/madre/tutor en caso de que el estudiante sea menor de edad, pero que, si es necesario, el estudiante será llevado en ambulancia al hospital más cercano.
- Al firmar aceptamos haber leído la información que se encuentra en la Declaración y el Folleto de Elegibilidad Atlética.

El estudiante/padre autoriza la divulgación de documentos y otra información pertinente por la escuela para poder determinar la elegibilidad del estudiante. Además, el estudiante/padre entiende y está de acuerdo en que la información pública incluye nombres y fotografías de los estudiantes que participan o asisten a actividades extracurriculares, eventos escolares y actividades o eventos de la Liga de Preparatorias.

Firma del estudiante

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



RECONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

HE LEÍDO EL CÓDIGO DE ÉTICA PARA PADRES/ ATLETAS DE LA PREPARATORIA DE WORTHINGTON Y ESTOY DE ACUERDO EN ACATAR LAS REGLAS Y EXPECTATIVAS QUE CONTIENE.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE / ATLETA _____

FECHA _____

INFORMACION DE EMERGENCIA MÉDICA

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Dirección _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____

Nombre del padre/tutor _____ Teléfono/Celular _____

Nombre de la madre/tutor _____ Teléfono/Celular _____

Persona a llamar si no se puede contactar a los padres: _____

Número del trabajo _____ Celular _____

Doctor familiar (Nombre y número de teléfono) _____

Por la presente doy permiso para que el estudiante reciba, por medio de un doctor que la escuela elija, atención médica de emergencia la cual podría ser razonablemente necesaria en el transcurso de las actividades atléticas o viajes.

Firma _____

Padre o tutor legal