



ODESSA SHANNON ATHLETICS RECORDATORIOS

PAQUETE FISICO: Debe ser entregado al Sr. Gibbons el día de las pruebas o antes del día de las pruebas para poder ser elegible y participar en los deportes de primavera. No se te será permitido participar sin un paquete físico. **No habrá excepciones!**

Las formas también pueden ser encontradas aquí (en Ingles y Espanol):

<http://www.montgomeryschoolsmd.org/departments/athletics/parent/forms.aspx>

PRUEBAS:

Cross Country/Softball: Septiembre 13 & 15th

Basketball: Diciembre 6 & 8th

Soccer: Marzo 3,4, 5th

ELEGIBILIDAD DE GRADO: No podrás participar en las pruebas si no tienes los requisitos de elegibilidad de grado. Tu debes de obtener y mantener un GPA de 2.0 o más alto. Tu no puedes tener más que una "E."

ELEGIBILIDAD DE EDAD: Ustedes deben de estar en el grado 7 y 8.

TRANSPORTACIÓN: Habrá un bus de actividades disponible para los estudiantes que están haciendo pruebas para los deportes de primavera.

Artículos para devolver en paquete

1. Formulario de participación atlética de MCPS (páginas 2 y 3)
2. Tarjeta Médica (páginas 4-5)
3. Exenciones por Covid-19 (páginas 6 y 7)
4. Examen físico previo a la participación (páginas 8 a 12; un médico debe completarlo)

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY (MCPS) CONTRATO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DE ESTUDIANTE DE ESCUELA INTERMEDIA-PADRE/TUTOR Y FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES

alumno: _____ Identificación del Estudiante: _____

Escuela: _____ Año escolar: _____

campo traviesa mixto

sofbol

Baloncesto

Fútbol

Yo/nosotros autorizamos y consentimos la participación de nuestro hijo en atletismo y deportes interescolares. Entendemos que el deporte en el que participará nuestro hijo es potencialmente peligroso y que nuestro hijo puede sufrir lesiones físicas que requieran atención y tratamiento médico de emergencia. Yo/Nosotros asumimos el riesgo de lesión a nuestro hijo que pueda ocurrir en una actividad atlética.

Yo/nosotros autorizamos y consentimos la participación de nuestro hijo en atletismo y deportes interescolares. Entendemos que el deporte en el que participará nuestro hijo es potencialmente peligroso y que nuestro hijo puede sufrir lesiones físicas que requieren atención y tratamiento médico de emergencia. Yo/Nosotros asumimos el riesgo de lesión a nuestro hijo que pueda ocurrir en una actividad atlética.

Por la presente, yo/nosotros damos nuestro consentimiento y autorizamos a la Junta de Educación del Condado de Montgomery y sus agentes, servidores y/o empleados a dar consentimiento en nuestro nombre y en nombre de nuestro hijo, para administrar atención y tratamiento médico de emergencia en caso de que no podamos ser notificado mediante intentos razonables de la necesidad de dicha atención y tratamiento médico de emergencia.

Cada año, MCPS pone a disposición una póliza de seguro contra accidentes para estudiantes con una prima nominal. este seguro es secundario al propio seguro de la familia. Debido a que inevitablemente ocurrirán accidentes a pesar de nuestros mejores esfuerzos para mantener un alto nivel de seguridad en todas las actividades de los estudiantes, se recomienda esta cobertura de seguro a menos que la familia considere que otra cobertura de seguro (vigente) satisfará las necesidades del estudiante. La póliza de seguro de accidentes para estudiantes está disponible al principio y durante todo el año escolar. La cobertura puede obtenerse de la compañía de seguros. Los formularios están disponibles en la escuela.

Firma del padre o tutor legal Fecha: _____

- En consideración a la aceptación de nuestro hijo por MCPS en su programa de deportes, y los beneficios derivados de la participación de nuestro hijo, yo / nosotros aceptamos liberar y eximir de responsabilidad a la Junta de Educación del Condado de Montgomery, sus miembros, el superintendente de escuelas, el director, todos los entrenadores y todos y cada uno de sus agentes, sirvientes y / o empleados, así como entidades que brindan capacitación a entrenadores y / o atletas de MCPS como parte del programa atlético del sistema escolar, y acuerdan indemnizar a cada uno de ellos por cualquier reclamo, costo, demanda, acción, juicio, y gastos derivados de la participación de nuestro hijo en deportes interescolares.

Por el presente, yo / nosotros damos nuestro consentimiento y autorizamos a la Junta de Educación del Condado de Montgomery y a sus agentes, sirvientes y / o empleados a dar su consentimiento en nuestro nombre y en el de nuestro hijo, para administrar atención médica y tratamiento de emergencia en caso de que no podamos ser notificado mediante intentos razonables de la necesidad de tal atención y tratamiento médico de emergencia.

Cada año, MCPS pone a disposición una póliza de seguro de accidentes para estudiantes con una prima nominal. Este seguro es secundario al seguro de la propia familia. Debido a que los accidentes ocurrirán inevitablemente a pesar de nuestros mejores esfuerzos para mantener un alto nivel de seguridad en todas las actividades de los estudiantes, se recomienda esta cobertura de seguro a menos que la familia considere que otra cobertura de seguro (vigente) satisfará las necesidades del estudiante. La póliza de seguro de accidentes para estudiantes está disponible al principio y durante todo el año escolar. La cobertura se puede obtener de la compañía de seguros. Los formularios están disponibles en la escuela.

Yo _____, y _____
 (nombre de los padres) (nombre del estudiante)

ha revisado cuidadosamente la *información de participación* del estudiante atlético - padre / tutor y el *contrato de participación* del estudiante atlético / padre / tutor y el *formulario de permiso de padre / tutor*. Yo / nosotros entendemos las condiciones para la participación en el programa atlético interescolar de MCPS, y yo / nosotros entendemos que existen riesgos inherentes asociados con la participación.

Estoy / estamos de acuerdo en lo siguiente:

- Mi hijo tiene mi / nuestro permiso para participar en _____
 (nombre del deporte)

en _____ Middle School.

- Yo / Nosotros entendemos y cumplimos con todas las declaraciones en la parte de Estipulaciones del Contrato.

Coloque las firmas a continuación.

_____	_____	_____	_____
Firma del padre o tutor legal	Fecha	Firma del padre o tutor legal	Fecha
_____	_____		
Firma del estudiante	Fecha		

* En el caso de que ambos tengan la misma custodia.



TARJETA MÉDICA DEL/DE LA ATLETA

MCPS Form 560-30
Mayo 2017

Deportes Intercolegiales de Escuelas Secundarias

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

INSTRUCCIONES: Esta tarjeta debe mantenerse archivada en el botiquín de primeros auxilios de cada deporte. La tarjeta debe acompañar al/a la atleta al médico o al hospital cuando se requiera atención médica de emergencia.

Nombre del/de la Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Nombre de la Escuela:

Número de Estudiante:

Domicilio:

Nombre del Padre/Madre/Guardián:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Nombre del Padre/Madre/Guardián:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Si no se puede localizar al padre/madre/guardián, la persona de contacto para casos de emergencia es: Nombre (Apellido, Primer Nombre)

Nombre:

Relación/Parentesco:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Sigue al dorso

TARJETA MÉDICA DEL/DE LA ATLETA

Médico de la Familia:

Teléfono del Médico:

Hospital de Preferencia:

Fecha de la Última Vacuna Antitetánica:

Alergias:

El/la Estudiante Lleva Consigo un Auto-Inyector de Epinefrina: Sí No
Si la respuesta es Sí, debe completarse el Formulario 525-14 de MCPS.

Medicamento Suministrado en el Terreno de Juego:

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Tiene seguro médico el/la atleta? Sí No

Si la respuesta es Sí, Nombre de la Compañía de Seguros: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

Por este medio autorizo al médico u hospital responsable de la atención a que suministre el tratamiento médico apropiado en caso de que yo no pueda ser localizado/a.

Firma

Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible:

Fecha

Esta tarjeta debe mantenerse archivada en el botiquín de primeros auxilios de cada deporte y debe estar disponible en todas las prácticas y torneos. La tarjeta debe acompañar al/a la atleta al médico o al hospital cuando se requiera atención médica de emergencia.



Examen Físico Previo a Participación en Deportes

Maryland State Department of Education
Maryland State Department of Health
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland 20850

Formulario SR-8 de MCPS
Junio 2019

EXAMEN FÍSICO PREVIO A PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

A los Padres/Guardianes:

Los estudiantes matriculados en los Grados 9-12 deben someterse anualmente a un examen físico previo para poder participar en los programas de deportes intercolegiales y preparación física en las escuelas de de Montgomery County Public Schools (MCPS). Los estudiantes matriculados en los Grados 7-8 deben someterse a un examen físico cada dos años para participar en el programa de deportes intercolegiales en las escuelas de enseñanza media de MCPS.

El examen físico deberá ser efectuado por un/a profesional de salud certificado/a.

El examen físico previo a participación consta de cuatro partes: Formulario del Historial (páginas 1 y 2), Formulario de Examen Físico (página 3), Formulario para Deportistas con Discapacidades: Suplemento al Historial del/de la Deportista (página 4) y el Formulario de Elegibilidad Médica (página 5).

Antes de participar, el/la estudiante debe entregar solamente la última página (FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA—página 5) a la escuela o al entrenador/a. El/la profesional de salud certificado/a deberá guardar las primeras cuatro páginas.

Si un/a estudiante deportista sufre una lesión significativa, tiene una enfermedad o se somete a cirugía después de haber presentado el examen físico previo a su participación deportiva, para poder reincorporarse y participar se exige una carta de autorización de un/a profesional de salud certificado/a.

La información de salud suministrada a la escuela estará disponible únicamente al personal de salud y de educación con un interés educacional legítimo en su hijo/a.

Se permitirá dispensas a los exámenes físicos si los mismos contradicen las creencias religiosas de un/a estudiante. En dichas circunstancias, la familia deberá presentar constancia.

Si el/la estudiante deportista requiere un medicamento y/o un tratamiento que debe administrarse en la escuela o durante prácticas o eventos deportivos, usted debe pedirle a un/a profesional de salud certificado/a que complete un formulario de administración de medicamento y/o tratamiento por cada medicamento y/o tratamiento a ser administrado. Estos formularios se pueden obtener en la escuela de su hijo/a o en línea en el sitio web de Montgomery County Public Schools (MCPS): www.montgomeryschoolsmd.org: Formulario 525-12 de MCPS, *Autorización para Administrar Tratamiento Prescrito, Acuerdo de Liberación e Indemnización*; Formulario 525-13 de MCPS, *Autorización para Administrar Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización*; Formulario 525-14 de MCPS, *Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*. Si usted no tiene acceso a un/a profesional de salud certificado/a, o si su hijo/a requiere un procedimiento de salud individualizado especial, por favor comuníquese con el director/a de la escuela y/o con el enfermero/a en la escuela de su hijo/a.

■ 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 ≥ 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, palpataba 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. ¿Algún miembro 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 inexplicable)?		
12. ¿Algún miembro 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. ¿Algún miembro 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. ¿Algún miembro de su familia 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. ¿Algún miembro de su familia sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Algún miembro de su familia 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. ¿Algún miembro de su familia 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. ¿Algún miembro de su familia 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. ¿Sigues alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Algún miembro de su familia 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: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN 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"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
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"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a 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

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

■ 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: _____

