

MUSCOGEE COUNTY ATHLETICS

Asunción de Riesgo y Relevo de Responsabilidad

Nombre del Estudiante - Atleta: (Favor de usar letra de molde)		Dirección Residencial:		
Fecha de Nacimiento:	Número Celular del Estudiante: () -	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Grado (para 2022-2023):	Escuela (para 2022-2023):	¿En qué actividades extracurriculares participará el estudiante-atleta?		
Nombre de Padre/Guardian:	Celular Padre: ()	Correo Electrónico:		
Nombre de 2do Padre/Guardian:	Celular Padre: ()	Correo Electrónico		
CONTACTO DE EMERGENCIA – Aparte de los padres mencionados a				
Nombre:		Relación:	# Celular: ()	-
INFORMACION DE SEGURO (ASEGURANZA)				
El MCSD requiere que todos los estudiantes que participen en atletismo estén adecuadamente cubiertos por un seguro médico. (prueba de seguro médico). <i>Los cambios/actualizaciones a la cobertura del seguro del estudiante deben ser comunicados por un padre/guardián al Director de Atletismo de la Escuela.</i>				
Nombre de la compañía de seguros:			Numero de Póliza:	
Dirección:			Núm. de Grupo:	
Elegibilidad del estudiante para participar- Hemos leído y discutido los requisitos generales para la elegibilidad atlética. Entendemos que cualquier pregunta que tengamos debe dirigirse al entrenador de nuestro estudiante, al director deportivo de la escuela o al principal del edificio.				
Supervisión y Reglas- Entendemos que el estudiante estará bajo la supervisión y dirección de un entrenador atlético de MCSD u otro personal de MCSD. Estamos de acuerdo en seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador. Reconozco y acepto que en el camino hacia y desde, y durante esta actividad deportiva, el estudiante estará sujeto a todas las reglas disciplinarias de MCSD y al Código de Conducta Estudiantil de MCSD.				
Autorización para el Tratamiento y Suministro de Información- Reconozco y acepto que soy responsable de informar al personal apropiado del Distrito sobre cualquier necesidad médica, de alergia, de comportamiento o de otro tipo del estudiante y autorizo al personal de MCSD a tomar todas y cada una de las acciones, médicas o de otro tipo, que consideren necesarias mientras el estudiante está bajo su supervisión.				
Certificamos que toda la información provista por nosotros en este formulario es precisa. Otorgamos permiso y autoridad a MCSD para obtener la atención y/o tratamiento médico necesario para el estudiante. El tratamiento puede incluir, entre otros, primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar, transporte en ambulancia y/o tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un médico. Aceptamos la responsabilidad financiera por dicha atención o tratamiento médico.				
Transportación- Solicitamos que el estudiante nombrado en este formulario sea transportado por el MCSD y autorice dicho transporte a prácticas, competencias y similares. Aceptamos y asumimos libremente, a sabiendas y deliberadamente el riesgo de lesiones e incluso la muerte asociado con el transporte. Entendemos que el transporte puede o no estar disponible a través del MCSD. Si un autobús aprobado por MCSD o un autobús chárter aprobado por MCSD no está disponible, entendemos que el transporte será responsabilidad del padre/tutor y haremos los arreglos para el transporte.				

MUSCOGEE COUNTY ATHLETICS

Asunción de Riesgo y Relevo de Responsabilidad

Reconocimiento de COVID-19: Reconocemos que el estudiante-atleta mencionado anteriormente asiste a estos entrenamientos voluntariamente. Si el estudiante-atleta muestra signos de enfermedad de COVID-19, como tos, dolor de garganta o temperatura superior a 100.0, mantendremos al estudiante en casa y nos comunicaremos con el entrenador principal.

Relevo de Responsabilidad Relacionado al Coronavirus/COVID-19: El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial. El COVID-19 es extremadamente contagioso. Cada individuo enfrenta riesgos de infección por el virus, ya sea en el trabajo, en el hogar o realizando actividades fuera del trabajo. Esta guía es un esfuerzo por compartir información. Las siguientes consideraciones deben seguirse según sea razonable en las circunstancias dadas y reevaluarse a medida que se introduzcan nuevas órdenes y avisos a través de funcionarios de salud pública y agencias gubernamentales.

Se cree que el virus se propaga por contacto de persona a persona y/o por contacto con superficies y objetos contaminados, y por el aire. Las personas pueden estar infectadas y no mostrar síntomas, pero aun así propagar la enfermedad. No se conoce ningún tratamiento, cura o vacuna para el COVID-19. La evidencia ha demostrado que COVID-19 puede causar enfermedades graves y potencialmente mortales e incluso la muerte.

Aunque se están implementando medidas para reducir el riesgo de transmisión, MCS D no puede evitar que su hijo esté expuesto, contraiga o propague el COVID-19 si decide que su hijo participará en actividades deportivas escolares. No es posible eliminar el riesgo de contraer la enfermedad. Por lo tanto, si elige que su hijo participe, puede estar exponiendo a su hijo, a su familia y a otros al riesgo de contraer o propagar el COVID-19.

ASUNCIÓN DE RIESGO: He leído y comprendo la advertencia anterior sobre el COVID-19. Por la presente elijo aceptar el riesgo de que mi hijo pueda contraer el COVID-19 mientras participa en actividades deportivas escolares. Acepto además el riesgo de que, si mi hijo contrae COVID-19, él o ella pueda transmitir el virus a otras personas con las que entre en contacto, incluidos los miembros de la familia. Acepto estos riesgos porque quiero que mi hijo participe en los deportes escolares.

RELEVO DE DEMANDA/RESPONSABILIDAD: Por la presente libero para siempre y renuncio en mi nombre, mis herederos, albaceas o cesionarios a cualquier derecho de entablar una demanda en mi nombre o en nombre de mi hijo contra MCS D y sus funcionarios, administradores, maestros, funcionarios, agentes, empleados u otros representantes en conexión con la exposición, infección y/o propagación de COVID-19 relacionada con la participación en actividades deportivas escolares. Entiendo que esta renuncia significa que renuncio a mi derecho a presentar cualquier reclamo, incluso por lesiones personales, muerte, enfermedad o cualquier otra pérdida que pueda tener para reclamar daños, ya sean conocidos o desconocidos, previstos o imprevistos.

ELECCIÓN DE LA LEY: Entiendo y acepto que la ley del Estado de Georgia se aplicará a este contrato.

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTA RENUNCIA, Y ASUMO LIBREMENTE Y A CONOCIMIENTO EL RIESGO EN NOMBRE MÍ MISMO Y DE MI HIJO Y RENUNCIO A MIS DERECHOS CON RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE.

Riesgo general de lesiones: Reconocemos y entendemos que existe un riesgo de lesión involucrado en la participación atlética. Entendemos que el estudiante-atleta estará bajo la supervisión y dirección de un entrenador atlético de MCS D. Estamos de acuerdo en seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador para reducir el riesgo de lesiones para el estudiante y otros atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni MCS D pueden eliminar el riesgo de lesiones en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir y ocurren. Las lesiones deportivas pueden ser graves y, en algunos casos, pueden provocar una discapacidad permanente o incluso la muerte. Aceptamos y asumimos libremente, a sabiendas y deliberadamente el riesgo de lesión que podría ocurrir por la participación en el atletismo.

Acuerdo de relevo de responsabilidad: Como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente doy permiso para que mi hijo participe en actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela. Al firmar este formulario, acepto que he leído completamente, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

Reconozco y acepto que, durante esta actividad patrocinada por la escuela, mi hijo estará sujeto a todas y cada una de las reglas disciplinarias del Distrito Escolar del Condado de Muscogee (MCS D) y al Código de Conducta Estudiantil al que está sujeto durante el día escolar. Además, entiendo que, durante esta actividad, mi hijo estará sujeto a la supervisión y dirección de los adultos que acompañan a los estudiantes en nombre de MCS D. Doy mi consentimiento para la participación de mi hijo en actividades extracurriculares. Reconozco y acepto que soy responsable de informar al personal apropiado del Distrito sobre cualquier necesidad médica de mi hijo y autorizo al personal de MCS D u otros chaperones a tomar todas las medidas médicas que consideren necesarias para mi hijo hasta el momento en que puedan comunicarse conmigo. Reconozco y acepto que MCS D, sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios no tienen ni asumen ninguna responsabilidad por daños, pérdidas o lesiones al estudiante mencionado anteriormente como resultado de la participación del estudiante en esta actividad. Reconozco y acepto que no existe un seguro del distrito escolar para cubrir lesiones, pérdidas o daños durante una actividad escolar. Reconozco y acepto que cualquier revocación del permiso otorgado por este formulario solo puede ser por escrito y debe entregarse a los funcionarios escolares apropiados para que sea efectivo.

MUSCOGEE COUNTY ATHLETICS

Asunción de Riesgo y Relevo de Responsabilidad

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA: Certificamos que toda la información proporcionada en este formulario es correcta. Estamos de acuerdo en cumplir con las reglas estatales y locales. Si el estudiante-atleta se lesiona mientras participa en atletismo y MCSD no puede comunicarse con los padres, otorgamos permiso y autoridad a MCSD para obtener la atención médica y/o el tratamiento necesario para la lesión del estudiante. El tratamiento puede incluir, entre otros, primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar, tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un doctor. Aceptamos la responsabilidad financiera de dicha atención o tratamiento médico.

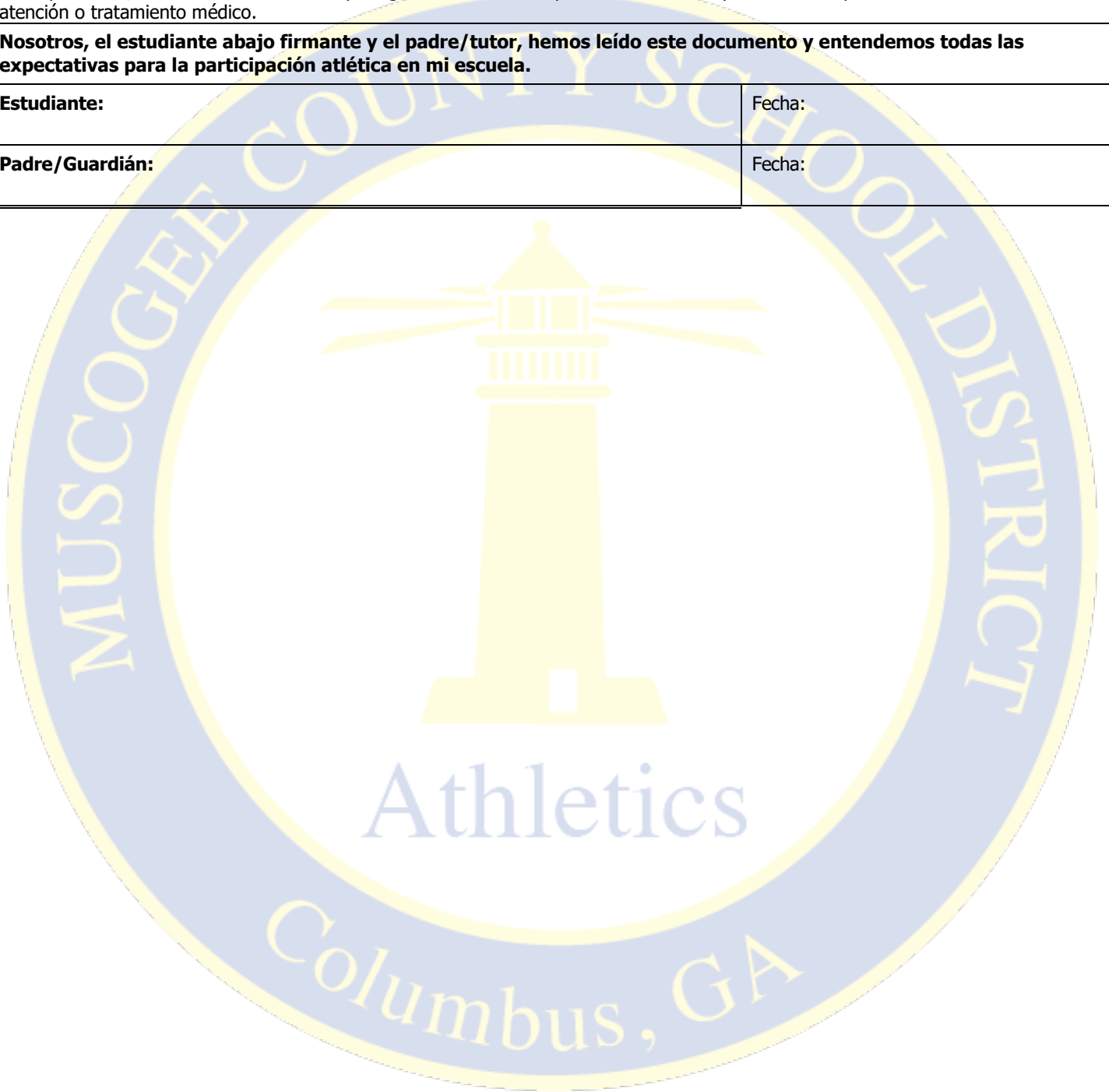
Nosotros, el estudiante abajo firmante y el padre/tutor, hemos leído este documento y entendemos todas las expectativas para la participación atlética en mi escuela.

Estudiante:

Fecha:

Padre/Guardián:

Fecha:





Preparticipation Physical Examination

Signature Pages

Per Georgia High School Association By-Law 1.41(c) and the new State of Georgia law, the "Preparticipation Physical Examination" form must be signed by an M.D., D.O., or by a Physician's Assistant, or an Advance Practice Nurse who has been delegated that task by an M.D. or D.O. Alterations (edits) to this copyrighted document are not permitted. The doctor or doctor's designee should print and then sign their name on the appropriate lines found on page 3 and page 4 of the physical evaluation form.

The GHSA By-Law 1.41(d) requires that member schools use the edition of the preparticipation physical evaluation form approved by the American Academy of Pediatrics, et. al., found on the GHSA web site.

PREPARTICIPACIÓN EVALUACIÓN FÍSICA

FORMA DE HISTORIA MÉDICA

(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener esta forma en el gráfico.)

Fecha de Examen Médico _____
 Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicinas y Alergias: Escribe una lista de todas las medicinas, de receta y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando

¿Tienes alergias? Sí No Si tienes alergias, indica la alergia.
 Medicinas Pólen Comidas Insectos específica

Explica las respuestas de "Sí" abajo.

Preguntas Generales	Sí	No	Preguntas Médicas	Sí	No
1. ¿Ha sido restringido por un médico para participar en deportes por alguna razón?			26. ¿Tose, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tienes problemas médicos continuamente? Si sí, indica abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otro: _____			27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Has pasado la noche en un hospital?			28. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
4. ¿Has tenido alguna cirugía?			29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o cualquier otro órgano?		
Preguntas de la salud de tu corazón	Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
5. ¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Has sentido dolores, o presión en tu pecho mientras haces ejercicios?			32. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
7. ¿Su corazón siempre corre o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha tenido un herpes o infección de la piel MRSA?		
8. ¿Ha dicho tu médico que tienes problemas médicos con tu corazón? Si Sí, chequea todo que aplica: <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____			34. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
9. ¿Ha pedido un médico un examen médico de tu corazón?			35. ¿Alguna vez has tenido un golpe en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Te sientes mareado o tienes dificultad respirando durante el ejercicio?			36. ¿Tiene antecedentes de trastornos convulsivos?		
11. ¿Has tenido un incautación inexplicable?			37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12. ¿Te sientes más cansado o tienes más dificultad de respirar que tus amigos cuando haces ejercicios?			38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
Preguntas de la salud de los corazones de tu familia	Sí	No	39. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caer?		
13. ¿Ha fallecido un miembro de la familia de problemas del corazón o de una muerte inexplicable antes de la edad de 50 años? (incluyendo ahogo, un accidente de coche inexplicable, o síndrome de muerte súbita infantil)			40. ¿Alguna vez se enferma durante el ejercicio en el calor?		
14. ¿Hay alguien en su familia que tiene miocardiopatía hipertrofica, síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Usted tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
15. ¿Tiene alguien en tu familia un problema del corazón, usa un marca pasos o un desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
16. ¿Tiene alguien en tu familia desmayos inexplicables, incautaciones inexplicables o casi ahogo?			43. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?		
Preguntas de huesos y articulaciones	Sí	No	44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
17. ¿Ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?			45. ¿Usted usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez te has quebrado o fracturado un hueso o dislocado una articulación o coyuntura?			46. ¿Usa gafas de protección, o anteojos de seguridad?		
19. ¿Ha tenido una lesión que requiera radiografías, resonancia magnética, CT, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			47. ¿Le preocupa su peso?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura de estrés?			48. ¿Estás tratando de o ha recomendado alguien que usted gana o pierde peso?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tiene o ha tenido una radiografía para la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Está usted en una dieta especial o usted evita ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, ortopédicos, u otro dispositivo de ayuda?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
23. ¿Tiene un hueso, músculo o lesión de la articulación que le molesta?			51. ¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones se vuelven dolorosas, hinchadas, se sienten calientes, o se ven de color rojo?			Sólo mujeres	Sí	No
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
			54. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique respuestas "sí" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

**EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES:
FORMULARIO DE HISTORIA SUPLEMENTARIO**

Fecha de Examen Médico _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de discapacidad		
3. Clasificación (Si posible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente / trauma, otros)		
5. Enumerar los deportes que usted está interesado en jugar		
	Sí	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, dispositivo de ayuda, o prótesis?		
7. ¿Utiliza algún corsé especial o dispositivo de ayuda para los deportes?		
8. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, o cualesquier otros problemas de la piel?		
9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función intestinal o de la vejiga?		
12. ¿Usted tiene ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Ha tenido la disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad del calor (hipertermia) o (hipotermia) enfermedades relacionadas con el frío?		
15. ¿Tiene la espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden ser controladas con medicación?		

Explique respuestas "si" aquí

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
La osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
El entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
El entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
El cambio reciente en la coordinación		
El cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
La alergia al látex		

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes.

Explique respuestas "si" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ 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, 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 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 (questions 5–14).

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
BP	/ (/)	Pulse	Vision R 20/ L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing			
Lymph nodes			
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)			
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary (males only) ^b			
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis			
Neurologic ^c			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand/fingers			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot/toes			
Functional • Duck-walk, single leg hop			

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociones Cerebrales

Escuela: _____

PELIGROS DE CONMOCIONES CEREBRALES

Conmociones Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIONES CEREBRALES

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Perdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA: De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional medico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención medica adecuado puede incluir un medico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un medico con licencia como una enfermera practicante, un asistente medico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones cerebrales.

- a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
- b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despedido con la autorización medica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy _____ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2022-2023. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

<i>Nombre del Estudiante (Impreso)</i>	<i>Nombre del Estudiante (Firmado)</i>	<i>Fecha</i>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Nombre del Padre (Impreso)</i>	<i>Nombre del Padre (Firmado)</i>	<i>Fecha</i>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino

Escuela: _____

1: Aprende las primeras señales de advertencia

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolor torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

2. Aprende a reconocer un paro cardiaco repentino

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

3. Aprende solo las manos RCP

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitales hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodílese al lado de la victima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otro, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una victim que no necesita un shock.

Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino , yo doy _____ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2022-2023. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso) Nombre del Estudiante (Firmado) Fecha

Nombre del Padre (Impreso) Nombre del Padre (Firmado) Fecha