

2023 – 2024

>>Favor de usar lapicero<<

Woodburn High School
Deportes y Actividades
Informacion/Aseguranza/Formulario
de Consentimiento

Table with 3 columns: Otoño, Invierno, Primavera. Lists sports like FB, GSOC, BSOC, VB, XC, DANCE, CHEER, BBSKT, GBSKT, WRSL, DANCE, CHEER, BSBL, SFTBL, BTEN, GTEN, TRACK, GOLF.

Favor marque todas las que correspondan.

Instrucciones: Por favor completa todas las secciones en esta forma, ambos el frente y detrás. NO DEJES ningún espacio en blanco. Notas Importantes: Cada estudiante atleta debe tener seguro médico, la ley del estado requiere que todos los estudiantes tengan un examen físico valido por lo menos una vez cada dos años. WHS aceptara exámenes físicos hechos en el año escolar previo, proveído que el examen este anotado en el formato mandado por el estado. A ningún estudiante se le permitirá participar, jugar o practicar de ninguna manera hasta que los papeles estén completos y sean sometidos y procesados.

Información de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle, apartamento, o # de apartado postal Ciudad, estado, ZIP

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Padres/Principal Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Segundo Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de Aseguranza

Los estudiantes que participan en atletismo, actividades, porristas, y equipos de bailes deben tener la cobertura de aseguranza apropiada. La cobertura de aseguranza debe ser verificada antes de la participación. Por favor indique su cobertura en el espacio inferior. La cobertura debe permanecer durante el tiempo de participación en actividades/atletismo de Woodburn.

Aseguranza de la Escuela (Se compra a través del distrito)

- Insurance options: Aseguranza Escolar (Myers Stevens Toohey), Programa Migrante 1-M, Aseguranza Personal. Includes fields for initials/fees and company name/policy number.

Consentimiento para Participar / Advertencia del Casco

- 12 numbered consent and warning items regarding participation, medical care, and helmet safety.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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

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

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

# Historial Médico (completar cada año de participación)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 (Si) (No) (No Se)

1. ¿Algún miembro de la familia ha muerto debido a un problema del corazón antes de los 50 años?
2. ¿Alguna vez el atleta se ha desmayado durante el ejercicio o dejado de hacer ejercicio por estar mareado o por tener dolor en el pecho?
3. ¿Tiene el atleta asma (dificultad al respirar), fiebre, otras alergias o carga un pluma EPI?
4. ¿Eres alérgico a cualquier medicina o a picaduras de abejas?
5. ¿Alguna vez se ha quebrado un hueso, usado yeso o ha tenido una lesión a una coyuntura?
6. ¿Tienes historia de conmoción cerebral (estado sin conocimiento) o ataques repentinos?
7. ¿Ha tenido el atleta un golpe o un golpe en la cabeza que causó confusión, problemas de memoria, o dolor de cabeza prolongado?
8. ¿Alguna vez has sufrido una enfermedad relacionada con el sol (insolación)?
9. ¿Tienes una enfermedad crónica o ves un médico regularmente por cualquier problema particular?
10. ¿Tomas medicinas recetadas, hierbas o suplementos nutricionales?
11. ¿Tienes solamente un órgano de un par de órganos (ojos, orejas, riñones, testículos, ovarios, etc.)?
12. ¿Has tenido anteriormente limitaciones a participación a los deportes?
13. ¿Has tenido episodios de falta de respiración, palpitaciones, historia de fiebre reumática o fatiga inusual?
14. ¿Te han diagnosticado con un soplo en el corazón o condición del corazón o hipertensión?
15. ¿Hay historia en los jóvenes de la familia del atleta quien ha tenido una enfermedad congénita o del corazón: Cardiomiopatía, Rito del corazón anormal QT largo, o síndrome de Marfan? (Puedes escribir, "No entiendo estos términos" y pon tú inicial en este punto, si es apropiado)
16. ¿Alguna vez has sido hospitalizado por una noche o has tenido cirugía?
17. ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos de tu deporte?
18. ¿Tienes algo que quieres discutir con el medico?
19. ¿Tienes problemas al respirar, tos o ronquido durante o después de una actividad?
20. ¿Estás insatisfecho con tu peso?
21. **Mujeres Solamente:**
  - ¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuándo fue tú periodo menstrual más reciente? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuándo fue el tiempo más largo entre periodos en este ultimo año? \_\_\_\_\_

**Explica las respuestas que contestaste "SI":**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaración del Padre / Tutor:**

He revisado y contestado todas las preguntas arriba con la mejor de mi habilidad, Mi hijo/a y yo entendemos y aceptamos que hay riesgos de lesión seria y muerte en cualquier deporte, incluyendo el cual / los cuales mi hijo/a ha escogido participar. Le doy permiso a mi hijo(a) a participar en deportes / actividades. Autorizo tratamiento médico de emergencia y / o transportación a una instalación medica por dicha lesión o enfermedad considerada urgentemente necesaria por el estrenado de atletas, entrenador (coach) o una persona que ejerce una profesión médica. Entiendo que este examen físico antes de la participación en deportes no está diseñado ni es la intención de sustituir cualquier evaluación de salud comprehensiva.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Padre / Tutor*

Por ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección debe ser conducido por un médico que posee una licencia sin restricciones para practicar medicina, un asistente medico licenciado, una enfermera certificada para practicar o un quiropráctico licenciado que tiene entrenamiento clínico y experiencia en enfermedades cardiopulmonar v defectos.

## SECCIÓN DE EXAMEN FÍSICO – PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

HEIGHT: \_\_\_\_\_ WEIGHT: \_\_\_\_\_ % BODY FAT (optional): \_\_\_\_\_ PULSE: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 VISION: R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ CORRECTED: Y N PUPILS: EQUAL \_\_\_\_\_ UNEQUAL \_\_\_\_\_

MEDICAL	NORMAL	ABNMORMAL FINDINGS	INITIAL*
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart: -Pericardial Activity			
-1 <sup>st</sup> & 2nd heart sounds			
-Murmurs			
Pulses: brachial/femoral			
Lungs			
Abdomen			
Skin			

**MUSCULOSKELETAL**

Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Lower Leg/Ankle			
Foot			

\*Station-based examination only

### CLEARANCE

\_\_\_\_\_ Cleared  
 \_\_\_\_\_ Cleared after completing evaluation / rehabilitation for:  
 \_\_\_\_\_ Not cleared for: Reason: \_\_\_\_\_

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

**Name of Medical Provider:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Signature of Medical Provider:** \_\_\_\_\_  
**Name of Physician (print/type)** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
**Address** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
**Signature of physician** \_\_\_\_\_

Por ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección debe ser conducido por un médico que posee una licencia sin restricciones para practicar medicina, un asistente medico licenciado, una enfermera certificada para practicar o un quiropráctico licenciado que tiene entrenamiento clínico y experiencia en enfermedades cardiopulmonar y defectos.