

Lista de verificación para atletas y padres/tutores (iniciales en cada paso)

1. Examen físico deportivo completado por el atleta y el padre/tutor_____
2. Examen físico deportivo completado por un médico._____
3. Permiso deportivo completado por el atleta y el padre/tutor____
4. Código de Ética CIF completado por el Deportista y el Padre/Tutor_____
5. Paro cardíaco repentino completado por el atleta y el padre/tutor_____
6. Información sobre conmoción cerebral completada por el atleta y el padre/tutor_____
7. Persiguiendo la victoria con honor completado por el padre/tutor_____
8. SÓLO FÚTBOL: Verificación de seguro completada por todos los padres/tutores de fútbol.____
9. SÓLO FÚTBOL – Seguro SISC **OPCIONAL** completado por el padre/tutor de fútbol_____

Asegúrese de que todos los formularios sean completados por el atleta y el padre/tutor.

DOBLE VERIFICACIÓN todo está completo antes de entregarse.

Utilice la lista de verificación anterior como referencia.

Formularios se puede dejar en EP-1 o se puede enviar en formato PDF y enviar por correo electrónico a tmagallanes@syvuhsd.org

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

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): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis
☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

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, 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	No está seguro/a	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 tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a	
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?		
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	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: _____

This form should be placed into the athlete's medical file and should **not** be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

Disclaimer: Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another examination.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

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: ☐ Y ☐ N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose ☐ Third dose ☐ Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin 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 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

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: _____

Distrito de escuelas secundarias unidas del valle de Santa Ynez

PERMISO DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Los estudiantes no pueden practicar ni competir en ningún equipo atlético en Santa Ynez Valley Union High School hasta que este permiso esté completo y archivado en el Departamento de Deportes de Santa Ynez Valley Union High School. *(Este permiso es válido sólo por un año escolar).*

Apellido _____ Nombre de pila _____ Calificación _____ Año _____ L/F _____

Nombre del padre/tutor _____ Deportes _____

Teléfono de contacto de emergencia _____ Correo electrónico _____

Sección 1: Declaración del padre/tutor: OBLIGATORIA PARA TODOS LOS DEPORTES -- Por la presente doy permiso para que mi hijo/hija participe en equipos deportivos en Santa Ynez Valley Union High School. También doy permiso para que el representante de la escuela a cargo de la actividad autorice tratamiento médico de emergencia para mi hijo/hija en caso de que sea necesario y yo no esté disponible. También autorizo que la escuela transporte a mi hijo/hija hacia y desde las actividades deportivas en el transporte proporcionado por la escuela. Este transporte puede realizarse en autobús, furgoneta o coche privado conducido por un conductor voluntario.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Sección 2 - Advertencia para estudiantes y padres - LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA PUEDE RESULTAR DE LESIONES GRAVES, CATASTRÓFICAS Y QUIZÁS FATALES. - OBLIGATORIO PARA TODOS LOS DEPORTES

- Por su propia naturaleza, el atletismo competitivo puede poner a los estudiantes en situaciones en las que pueden ocurrir ACCIDENTES GRAVES, CATASTRÓFICOS y quizás FATAL.
- Muchas formas de competencia atlética resultan en contacto físico violento entre los jugadores, el uso de equipos que pueden provocar accidentes, esfuerzo físico extenuante y muchas otras exposiciones al riesgo de lesiones.
- Los estudiantes y los padres deben evaluar el riesgo que implica dicha participación y elegir participar a pesar de esos riesgos. Ninguna instrucción, precaución o supervisión eliminará totalmente todo riesgo de lesión. Así como conducir un automóvil implica elegir un riesgo, la participación deportiva de los estudiantes de secundaria también puede ser inherentemente peligrosa. No se puede subestimar la obligación de los padres y estudiantes al tomar esta decisión de participar. Ha habido accidentes con resultado de muerte, paraplejía, cuadriplejía y otras discapacidades físicas permanentes muy graves como resultado de la competencia atlética.
- Al otorgar permiso a su estudiante para participar en una competencia atlética, usted, el padre o tutor, reconoce que existen dichos riesgos.
- Al elegir participar, usted, el estudiante, reconoce que existe dicho riesgo.
- Los estudiantes recibirán instrucción sobre las técnicas adecuadas que se utilizarán en competencias atléticas y en la utilización adecuada de todo el equipo usado en la competencia de práctica. Los estudiantes DEBEN cumplir con esa instrucción y la utilización DEBEN abstenerse de uso y técnicas inapropiados.
- Como se indicó anteriormente, ninguna instrucción, precaución y supervisión eliminará totalmente todo riesgo de lesiones graves, catastróficas o incluso mortales.
- Si algo de lo anterior no se comprende completamente, comuníquese con el director de su escuela para obtener más información.
- La firma reconocerá que hemos leído y comprendido el material contenido en la "Advertencia a estudiantes y padres".

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del atleta _____ Fecha _____



Hoja de información de la CIF sobre la conmoción cerebral

¿Por qué recibí esta hoja de información?

Usted recibió esta hoja de información sobre las conmociones cerebrales debido a la existencia de la ley estatal AB 25 (con vigencia a partir del 1 de enero, 2012), en la actualidad, Código de Educación § 49475:

1. *La ley requiere que un/una atleta estudiantil que haya sostenido una conmoción cerebral durante una práctica o juego deberá ser retirado(a) de la actividad durante el resto del día.*
2. *Cualquier atleta estudiantil que sea retirado(a) por esta razón deberá recibir una nota escrita de un médico capacitado en el manejo de conmociones cerebrales antes de regresar a las prácticas.*
3. *Antes de que un/una atleta estudiantil pueda empezar la temporada y comenzar a practicar un deporte, una hoja de información sobre la conmoción cerebral deberá ser firmada y devuelta a la escuela por el/la atleta estudiantil y por el padre o tutor.*

[Cada 2 años, todos los entrenadores deberán recibir capacitación sobre las conmociones cerebrales (AB 1451), paro cardíaco repentino (AB 1639) y enfermedad por el calor (AB 2500) así como ostentar una certificación de capacitación en primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y en la utilización del desfibrilador externo automático (AED por sus siglas en inglés). (Este último es un dispositivo eléctrico salvavidas que puede ser utilizado durante CPR)].

¿Qué es una conmoción cerebral y cómo la reconocería?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral. Puede ser causada por un golpe en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo con una fuerza tal que sacuda la cabeza. Las conmociones cerebrales pueden suceder en cualquier deporte, y pueden manifestar un aspecto diferente en cada persona.

La mayoría de las conmociones cerebrales mejoran con reposo, y más del 90% de los atletas se recuperan completamente. Sin embargo, todas las conmociones cerebrales deben considerarse graves. Si no se reconocen y no se manejan de la manera correcta, se pueden producir problemas que incluyen daños cerebrales e incluso la muerte.

La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin haber perdido el conocimiento. Las señales y los síntomas de conmoción cerebral (consulte el reverso de esta página) pueden manifestarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar horas para que aparezcan. Si su niño/niña reporta cualquier síntoma de conmoción cerebral, o si usted observa algún síntoma o señal, solicite una evaluación médica del entrenador atlético de su equipo y de un médico capacitado en la evaluación y manejo de concusiones cerebrales. Si su niño/niña está vomitando, tiene un fuerte dolor de cabeza, o tiene dificultad para permanecer despierto(a) o no puede responder preguntas sencillas, llame al 911 o llévelo(a) inmediatamente a la sala de emergencias de su hospital local.

En el sitio web de la CIF se encuentra una **Lista de verificación por etapas de los síntomas por conmoción cerebral (Graded Concussion Symptom Checklist)**. Si su niño/niña llena esta hoja después de haber sufrido una conmoción cerebral, la misma ayudará al médico o entrenador atlético entender cómo él o ella se está sintiendo y esperamos que también pueda mostrar señales de mejora conforme avance el tiempo. Le pedimos que su niño/niña llene la lista de verificación al comienzo de la temporada, incluso antes de que haya sufrido una conmoción cerebral para que podamos entender si algunos de los síntomas tales como el dolor de cabeza podrían ser parte de su vida cotidiana. Esto es lo que llamamos una "base de referencia" para que sepamos cuáles síntomas son normales y comunes para su niño/niña. Guarde una copia para sus registros, y entregue el original. Si se produce una conmoción cerebral, su niño o niña puede llenar esta lista de verificación de nuevo. Esta Lista de verificación por etapas de síntomas provee una lista de síntomas para comparar conforme avanza el tiempo para asegurarse que su niño o niña se está recuperando de la conmoción cerebral.

¿Qué puede suceder si mi niño/niña sigue jugando con síntomas de conmoción cerebral o vuelve demasiado pronto después de una conmoción cerebral?

Los/las atletas con señales y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados(as) del juego de forma inmediata. NO existe la posibilidad de volver a jugar el mismo día para un(a) joven bajo sospecha de padecer una conmoción cerebral. Los jóvenes atletas pueden tardar más tiempo en recuperarse de una conmoción cerebral y son más propensos a tener graves problemas a largo plazo debido a una conmoción cerebral.

Aunque una escanografía cerebral tradicional (por ejemplo, una imagen de resonancia magnética [MRI o CT]) puede ser "normal", el cerebro aún está lesionado. Estudios realizados en los animales y en los humanos indican que un segundo golpe antes de que el cerebro se haya recuperado puede resultar en daños graves en el cerebro. Si su atleta sufre otra conmoción cerebral antes de estar completamente recuperado(a) de la primera, esto puede resultar en una recuperación prolongada (de semanas a meses) o incluso en una inflamación grave (Síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras.

Hay una creciente preocupación por el hecho de que la exposición a impactos en la cabeza y conmociones cerebrales recurrentes pueden contribuir a tener problemas neurológicos a largo plazo. Una de las metas de este programa de conmoción cerebral es evitar que el niño/la niña vuelva demasiado pronto a jugar para que graves daños cerebrales se puedan prevenir.

Las señales observadas por los compañeros de equipo, los padres y los entrenadores son:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Parece estar mareado(a)• Parece estar aturdido(a)• Confundido(a) acerca de los juegos• Se olvida de los juegos• No está seguro(a) del juego, la puntuación, ni de quiénes son sus adversarios• Se mueve con torpeza o con dificultad• Responde a las preguntas con lentitud | <ul style="list-style-type: none">• Balbucea• Muestra cambios de personalidad o en su forma de actuar• No puede recordar lo ocurrido antes o después de la lesión• Tiene convulsiones o "sufre una crisis"• Cualquier cambio en su conducta o personalidad típica• Se desmaya |
|---|--|

Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolores de cabeza• "Presión en la cabeza"• Náuseas o vómitos• Dolor en el cuello• Dificultad para pararse o caminar• Visión borrosa, doble o difusa• Sensibilidad a la luz o al ruido• Se siente cansado(a) o hace las cosas más lentamente• Parece aturdido(a) o desorientado(a)• Somnolencia• Cambio de patrones de sueño | <ul style="list-style-type: none">• Pérdida de la memoria• "No se siente bien"• Se siente cansado(a) o con poca energía• Está triste• Está nervioso(a) o con los nervios de punta• Se siente irritable• Está más sensible• Confundido(a)• Problemas de concentración o de memoria• Repite la misma pregunta/comentario |
|---|---|

¿Qué es Volver a Aprender?

Después de una conmoción cerebral, los estudiantes pueden tener dificultades con la memoria, la concentración y la organización al corto y a largo plazo. Será necesario el descanso mientras se recupera de una lesión (por ejemplo, limitar enviar textos, juegos de video, ver películas de alto volumen, o leer), y quizás tengan que quedarse en casa y no ir a la escuela por unos cuantos días. A su regreso a la escuela, es posible que el horario deba comenzar con unas pocas clases o medio día. Si la recuperación de una conmoción cerebral está llevando más tiempo del esperado, ellos también pueden beneficiarse de un horario de clases reducidas y/o tareas limitadas; una evaluación escolar formal también podría ser necesaria. Su escuela o médico puede ayudar a sugerir y hacer estos cambios. Los estudiantes deben completar las directrices de Volver a Aprender (Return to Learn) y volver exitosamente a la escuela y a las actividades académicas normales a tiempo completo antes de comenzar a participar en Volver a Jugar (Return to Play) (a menos que su médico recomiende otra cosa). Visite la página web de la CIF (cifstate.org) para obtener más información sobre Volver a Aprender (Return to Learn).

¿Cómo se determina Volver a Jugar (Return to Play [RTP])?

Los síntomas de conmoción cerebral deben haber desaparecido por completo antes de **volver a competir**. Una progresión RTP, o Volver a Jugar, es una progresión gradual de aumento del esfuerzo físico, actividades específicas del deporte y, finalmente a las actividades sin restricciones. Si los síntomas ocurren con la actividad, la progresión debe ser detenida. Si no hay síntomas el día siguiente, el ejercicio se puede reiniciar en la etapa anterior.

RTP después de la conmoción cerebral debe ocurrir sólo con autorización médica de un médico capacitado en la evaluación y la gestión de casos de conmoción cerebral, y un plan de progresión por etapas supervisado por un entrenador atlético, coach, u otro administrador escolar identificado. Por favor consulte cifstate.org para un plan gradual de volver a jugar. *[AB 2127, una ley del estado de California con vigencia a partir del 1/1/15, reza que volver a jugar (es decir, a competir plenamente) no debe ocurrir antes de 7 días después de que la conmoción cerebral haya sido diagnosticada por un médico.]*

Reflexiones finales para los padres y los tutores:

Es bien sabido que los estudiantes a menudo no hablan acerca de las señales de la conmoción cerebral, la cual es la razón por la que es importante que esta hoja de información sea revisada con ellos. Enséñele a su niño/niña que le diga al personal entrenador si él o ella siente tales síntomas, o si él o ella sospecha que un compañero de equipo ha sufrido una conmoción cerebral. Usted también debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores atléticos acerca de las señales y síntomas de la conmoción cerebral que pueda ver en su niño/niña.

Referencias:

- American Medical Society for Sports Medicine position statement: concussion in sport (2013)
- Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Berlin, October 2016
- <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/PediatricmTBIGuideline.html>
- <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html>



Información sobre conmociones cerebrales de la CIF

Escuela: _____

Usted está recibiendo esta hoja informativa sobre las conmociones cerebrales debido a la ley estatal de California AB 25 (en vigor el 1 de enero de 2012), ahora Código de Educación § 49475:

- 1. La ley exige que un estudiante-atleta que pueda tener una conmoción cerebral durante un entrenamiento o un partido sea retirado de la actividad durante el resto del día.**
- 2. Cualquier estudiante-atleta retirado por esta razón debe recibir una nota escrita de un médico capacitado en el manejo de la conmoción cerebral antes de regresar a la práctica.**
- 3. Antes de que un estudiante-atleta pueda comenzar la temporada y empezar a practicar un deporte, el estudiante-atleta y sus padres o tutores deberán firmar y devolver a la escuela una hoja de información sobre la conmoción cerebral.**

Cada dos años, todos los entrenadores deben recibir entrenamiento sobre conmociones cerebrales (AB 1451), así como una certificación en entrenamiento de primeros auxilios, CPR y AEDs (dispositivos eléctricos que salvan vidas y que pueden utilizarse durante la CPR).

Para obtener información actual y actualizada sobre las conmociones cerebrales, puede visitar :

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

Reconozco que he recibido y leído la hoja de información sobre conmociones cerebrales de la CIF.

Nombre del estudiante-atleta

Letra en molde

Firma del estudiante-atleta

Fecha

Nombre del padre or tutor

Letra en molde

Firma del padre o tutor

Fecha



Hoja de información para padres/estudiantes CIF sobre enfermedades causadas por el calor



¿POR QUÉ ESTOY RECIBIENDO ESTA HOJA DE INFORMACIÓN?

Usted está recibiendo esta hoja de información sobre enfermedades causadas por el calor debido a la ley estatal de California AB 2800 (vigente a partir del 1 de enero de 2019), ahora Código de Educación § 35179 y los Estatutos CIF 22.B. (9) y 503.K (Aprobado por el Consejo Federado el 31 de enero de 2019). 2019):

1. *Las reglas de CIF requieren que un estudiante atleta, que haya sido retirado de la práctica o el juego después de mostrar signos y síntomas asociados con la enfermedad por calor, debe recibir una nota escrita de un proveedor de atención médica con licencia antes de regresar a la práctica.*
2. *Antes de que un atleta pueda comenzar la temporada y comenzar a practicar un deporte, el atleta y el padre o tutor deben firmar una hoja de información sobre enfermedades causadas por el calor y devolverla a la escuela.*

Cada 2 años, todos los entrenadores deben recibir capacitaciones por separado sobre conmociones cerebrales (AB 1451), paro cardíaco repentino (AB 1639) y enfermedades por calor (AB 2800), así como certificación en capacitación en primeros auxilios, RCP y DEA (dispositivos eléctricos para salvar vidas). dispositivos que se pueden utilizar durante la RCP).

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD POR CALOR Y CÓMO LA RECONOCERÍA?

El ejercicio intenso y prolongado, el clima cálido y húmedo y la deshidratación pueden comprometer seriamente el rendimiento del atleta y aumentar el riesgo de lesiones por calor por esfuerzo. El ejercicio produce calor dentro del cuerpo y cuando se realiza en un día caluroso o húmedo con barreras adicionales para la pérdida de calor, como acolchado y equipo, la temperatura corporal central del atleta puede volverse peligrosamente alta. Si no se trata, esta elevación de la temperatura corporal central puede hacer que los sistemas de órganos del cuerpo se apaguen.

Los atletas jóvenes deben ser evaluados previamente en su evaluación física previa a la participación para detectar factores de riesgo de enfermedad por calor, incluido el uso de medicamentos/suplementos, enfermedad cardíaca, historial de rasgo de células falciformes, enfermedad febril o gastrointestinal, obesidad y lesiones previas por calor. Los atletas con factores de riesgo no modificables deben ser supervisados de cerca durante las actividades extenuantes en un clima cálido o húmedo.

La sudoración es una de las formas en que el cuerpo intenta reducir una temperatura central elevada. Una vez que el sudor (sal y agua) sale del cuerpo, debe reemplazarse. El agua es el mejor sustituto de la hidratación, pero para aquellos atletas que se ejercitan durante períodos prolongados en los que se pueden perder electrolitos, se encuentran disponibles bebidas deportivas comerciales con electrolitos. Las bebidas energéticas que contienen cafeína u otros estimulantes "naturales" no son una hidratación adecuada o apropiada para los atletas e incluso pueden ser peligrosas al causar ritmos cardíacos anormales.

PREVENCIÓN Hay varias formas de tratar de prevenir las enfermedades causadas por el calor:

HIDRATACIÓN ADECUADA

Llegue bien hidratado a las prácticas, juegos y entre sesiones de ejercicio. La orina aparece clara o de color amarillo claro (como limonada) en individuos bien hidratados y oscura (como jugo de manzana) en individuos deshidratados. Las bebidas deportivas/agua deben estar disponibles y servidas refrigeradas en recipientes que permitan la ingestión de volúmenes adecuados de líquido. Los descansos para tomar agua deben ocurrir al menos cada 15-20 minutos y deben ser lo suficientemente largos para permitir que los atletas ingieran volúmenes adecuados de líquido (4-8 onzas).

ACCLIMATIZACIÓN GRADUAL

La intensidad y la duración del ejercicio deben aumentarse gradualmente durante un período de 7 a 14 días para que los atletas tengan tiempo de desarrollar sus niveles de condición física y acostumbrarse a practicar en el



Hoja de información para padres/estudiantes CIF sobre enfermedades causadas por el calor



calor. El equipo de protección debe introducirse por fases (comenzar con el casco, progresar al casco y hombreras, y finalmente completamente equipado).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADICIONALES

Use ropa sintética liviana de colores claros, cuando sea posible, para ayudar a la pérdida de calor. Deje suficientes recesos para descansar a la sombra, si están disponibles. Evite las bebidas que contengan estimulantes como efedrina o altas dosis de cafeína. Esté preparado para alterar la práctica o los planes de juego en condiciones ambientales extremas. Consuma una dieta bien balanceada que ayude a reponer los electrolitos perdidos.

Un curso en línea **GRATUITO** "Prevención de enfermedades causadas por el calor" está disponible a través de CIF y NFHS en <https://nfhslearn.com/courses/61140/heat-illness-prevention>.

AGOTAMIENTO POR CALOR

Incapacidad para continuar con el ejercicio debido a síntomas inducidos por el calor. Ocurre con una temperatura corporal central elevada entre 97 y 104 grados Fahrenheit.

- Mareos, aturdimiento, debilidad
- Dolor de cabeza
- Náusea
- Diarrea, ganas de defecar
- Palidez, escalofríos
- Sudoración profusa
- Piel fría y húmeda
- Hiperventilación
- Disminución de la producción de orina

TRATAMIENTO DEL AGOTAMIENTO POR CALOR

Detenga el ejercicio, mueva el jugador a un lugar fresco, quítese el exceso de ropa, administre líquidos si está consciente, CUERPO FRÍO: ventiladores, agua fría, toallas heladas, baño de hielo o bolsas de hielo. La reposición de líquidos debe realizarse lo antes posible. El Sistema de Emergencias Médicas (EMS) debe activarse si la recuperación no es rápida. En caso de duda, LLAME AL 911. Los atletas con agotamiento por calor deben ser evaluados por un médico lo antes posible en todos los casos.

GOLPE DE CALOR

Disfunción o parada de los sistemas corporales debido a la temperatura corporal elevada que no se puede controlar. Esto ocurre con una temperatura corporal central superior a 107 grados Fahrenheit. Los signos observados por compañeros de equipo, padres y entrenadores incluyen:

- Mareos
- Somnolencia, pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Desorientación, asombro
- Cambios conductuales/cognitivos (confusión, irritabilidad, agresividad, histeria, inestabilidad emocional)
- Debilidad
- Piel caliente y húmeda o seca
- Latidos cardíacos rápidos, presión arterial baja
- Hiperventilación
- Vómitos, diarrea

TRATAMIENTO DEL GOLPE DE CALOR

Esto es una emergencia médica. Puede producirse la muerte si no se trata de forma adecuada y rápida.

Detenga el ejercicio, llame al 911, retire del calor, quítese la ropa, sumerja al atleta en agua fría para un

enfriamiento rápido y agresivo (si no es posible la inmersión, enfríe al atleta como se describe para el agotamiento por calor), monitoree los signos vitales hasta que lleguen los paramédicos.

REFLEXIONES FINALES PARA PADRES Y TUTORES

El estrés por calor debe tenerse en cuenta al planificar y prepararse para cualquier actividad deportiva. Los deportes de verano y otoño se realizan en climas muy cálidos y húmedos en todas las regiones de California. Si bien la enfermedad por calor por esfuerzo puede afectar a cualquier atleta, la incidencia es consistentemente más alta entre los atletas de fútbol debido al equipo de protección adicional que dificulta la disipación del calor. Varias muertes por insolación continúan ocurriendo en los deportes de la escuela secundaria cada temporada en los Estados Unidos. Las muertes por insolación se pueden prevenir si se toman las precauciones adecuadas. También debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores o preparadores físicos sobre las medidas preventivas y los posibles signos y síntomas de la enfermedad por calor que puede ver en su hijo.

Reconozco que he recibido y leído la Hoja de información CIF sobre enfermedades causadas por el calor.

Nombre del estudiante-deportista
Impreso

Estudiante-deportista
Firma

Fecha

Nombre del padre o tutor legal
Impreso

Firma del padre o tutor legal
Firma

Fecha

Hoja informativa para padres de estudiantes atletas



Esta información ayuda a proteger a sus estudiantes atletas del Paro Cardíaco Repentino

¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los atletas?

Si bien un estudiante atleta puede no mostrar señales de advertencia de una afección cardíaca, los estudios muestran que generalmente los síntomas están presentes, pero no se reconocen, no se reportan, se pasan por alto o se diagnostican mal.

- Los síntomas pueden malinterpretarse como típicos en los jóvenes atletas
- El desmayo con frecuencia se atribuye por error al estrés, calor, falta de alimentos o agua
- Los estudiantes atletas que tienen síntomas, regularmente no los reconocen como raros, es normal para ellos
- Los estudiantes atletas (o sus padres) no quieren jugar menos tiempo
- Los estudiantes atletas piensan por error que les falta condición y solo necesitan entrenar más duro
- Los estudiantes atletas no hablan de sus síntomas con adultos porque les da pena no seguir el ritmo de sus compañeros
- Los adultos suponen que los estudiantes atletas están bien y simplemente "marcan la casilla" en los formularios de salud sin preguntarles
- El personal médico y los padres por igual con frecuencia pasan por alto las señales de advertencia
- Los estudiantes atletas ignoran los síntomas pensando que desaparecerán
- Las familias no saben o no reportan a su médico el historial de salud cardíaca o las señales de advertencia
- Los exámenes para niños sanos y los exámenes físicos deportivos no buscan las afecciones que pueden poner en riesgo a los estudiantes atletas
- Los estetoscopios no son una prueba diagnóstica completa para afecciones cardíacas

Proteja el corazón de sus estudiante atleta

Infórmese sobre el Paro Cardíaco Repentino, hable con sus estudiante atleta sobre las señales de advertencia y cree una cultura de prevención en la organización deportiva a la que pertenecen.

- Conozca las señales de advertencia
- Documente el historial de salud cardíaca de su familia, ya que algunas afecciones son hereditarias
- Si se presentan síntomas o factores de riesgo, pida a su médico pruebas cardíacas o genéticas
- No solo "marque la casilla" en los formularios de historial de salud, pregúntele a su estudiante atleta cómo se siente
- Hágase una evaluación de riesgo cardíaco junto con su estudiante atleta cada temporada
- Aliente a sus estudiantes atletas a hablar si tienen alguno de los síntomas
- Consulte con el entrenador para ver si ha notado alguna señal de advertencia
- Los estudiantes atletas activos deberían estar mejorando, no empeorando
- Como padre en las gradas, conozca la cadena cardíaca de supervivencia
- Asegúrese de que la escuela y organizaciones deportivas cumplen con la ley estatal y tienen administradores, entrenadores y oficiales capacitados para responder a una emergencia cardíaca
- Aporte a la compra colectiva de un desfibrilador para el sitio

¿Qué sucede si mi estudiantes atletas tiene señales de advertencia o factores de riesgo?

- La ley estatal requiere que los estudiantes atletas que se desmayan o presentan otros síntomas relacionados con el corazón sean reautorizados para jugar por un proveedor médico con licencia (*licensed healthcare provider*).
- Pídale a su proveedor médico que ordene pruebas diagnósticas o genéticas para descartar una posible afección cardíaca.

Los electrocardiogramas (ECG o EKG) registran la actividad eléctrica del corazón. Se ha demostrado que los ECG detectan la mayoría de las afecciones cardíacas más efectivamente que el historial físico y clínico solos. Los ecocardiogramas (ECHO) capturan una imagen en vivo del corazón.

- Un proveedor de atención médica con experiencia en la evaluación de afecciones cardiovasculares (del corazón) debe consultar a su estudiante atleta.
- Siga las instrucciones de su proveedor para conocer las limitaciones de actividad recomendadas hasta que se completen las pruebas de evaluación.

¿Qué pasa si diagnostican a mi estudiante con una afección cardíaca que lo pone en riesgo?

Hay muchos pasos que se pueden tomar para prevenir un PCR, como modificar la actividad, dar medicamentos, hacer tratamientos quirúrgicos o implantar un marcapasos y / o desfibrilador cardioversor implantable. Su médico debe hablarle de las opciones de tratamiento y modificaciones a la actividad recomendadas durante el tratamiento. En muchos casos, la anomalía puede corregirse y el joven puede volver a sus actividades normales.

¿Qué es el Paro Cardíaco Repentino (PCR)? El Paro Cardíaco Repentino (PCR) es una emergencia potencialmente mortal que ocurre cuando el corazón deja de latir de repente. Afecta a personas de todas las edades que pueden aparentar estar sanas, incluso a niños y adolescentes. Cuando ocurre un PCR, la persona se desploma y no responde o no respira normalmente. Pueden jadear o temblar como si tuvieran una convulsión, pero su corazón se ha detenido. Si la persona no recibe ayuda de inmediato el PCR lleva a la muerte en minutos. Su supervivencia depende de que las personas cercanas llamen al 911, comiencen la resucitación (CPR) y utilicen un desfibrilador externo automático (AED) lo antes posible.

¿Qué causa un PCR?

Un PCR ocurre debido a un mal funcionamiento en el sistema o estructura eléctrica del corazón. El mal funcionamiento lo causa una anomalía de nacimiento o de herencia, o una condición que se desarrolla a medida que crecen los corazones de los jóvenes. Un virus en el corazón o un golpe fuerte en el pecho también pueden causar un mal funcionamiento que puede provocar un PCR.

¿Qué tan común es el PCR?

Aunque es una de las principales causas de muerte en los EE. UU., la mayoría se sorprende al saber que el PCR también es el asesino número 1 de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los planteles escolares. Los estudios muestran que 1 de cada 300 jóvenes tiene una afección cardíaca no detectada que los pone en riesgo.

Factores que aumentan el riesgo de un PCR

- ✓ Antecedentes familiares de anomalías cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años.
- ✓ Antecedentes familiares específicos de síndrome del QT largo, síndrome de Brugada, miocardiopatía hipertrófica o displasia ventricular derecha arritmogénica (AEVD)
- ✓ Familiares con desmayos, convulsiones, que se hayan ahogado o casi ahogado o hayan tenido accidentes de auto, todo sin explicación
- ✓ Miembros de la familia con anomalía cardíaca estructural conocida, reparada o no reparada
- ✓ Uso de drogas como cocaína, inhalantes, drogas "recreativas," bebidas energéticas en exceso, píldoras de dieta o suplementos para mejorar el rendimiento

Cadena cardíaca de supervivencia

¡Su vida depende de entrar en acción rápido!

La resucitación (CPR) puede triplicar las posibilidades de sobrevivir.

Comience de inmediato y use el desfibrilador (AED) del sitio.



CALL



PUSH



SHOCK

DESMAYOS

EL SÍNTOMA #1

DE UNA AFECCIÓN CARDIACA

RECONOZCA LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Pregunte al entrenador y consulte con su médico si su estudiante atleta presenta estas condiciones.

Indicadores potenciales de que podría ocurrir un PCR

- ▶ Desmayos o convulsiones, especialmente durante o justo después de hacer ejercicio
- ▶ Desmayos repetidamente o con emoción o sobresalto
- ▶ Falta de aliento excesiva durante el ejercicio
- ▶ Corazón acelerado o agitado
- ▶ Palpitaciones o aleteo en el corazón o latidos irregulares
- ▶ Frecuente mareo o aturdimiento
- ▶ Dolor o malestar en el pecho al hacer ejercicio
- ▶ Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio

Hoja informativa para padres de estudiantes atletas



Esta información ayuda a proteger a sus estudiantes atletas del Paro Cardíaco Repentino

Para obtener más información, vaya a KeepTheirHeartInTheGame.org

**Obtenga herramientas gratuitas para ayudar a crear una cultura de prevención en el hogar, en la escuela,
en la cancha y en el consultorio del médico.**

Hable con su estudiante atleta de las señales de advertencia de una posible afección cardíaca y pida que firme a continuación.

Separe esta sección y devuélvala a su organización deportiva.

Guarde la hoja informativa para usar en los juegos y prácticas de sus estudiantes atletas para ayudar a protegerlos de un Paro Cardíaco Repentino.

Aprendí sobre las señales de advertencia y hablé con mi padre/madre/tutor o entrenador sobre qué hacer si tengo algún síntoma.

NOMBRE ESCRITO DEL ESTUDIANTE ATLETA

FIRMA DEL ESTUDIANTE ATLETA

FECHA

Leí esta hoja informativa sobre la prevención de un Paro Cardíaco Repentino con mi estudiante atleta y platicamos sobre qué hacer si nota alguna señal de advertencia, y sobre qué hacer si presenciamos un paro cardíaco.

NOMBRE ESCRITO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

Si bien perder un juego puede ser inconveniente, sería una tragedia perder a un estudiante atleta porque las señales de advertencia no fueron reconocidas o porque las comunidades deportivas no estaban preparadas para responder ante una emergencia cardíaca.

¡Mantenga su corazón en el juego!



Código de Ética CIF – Deportistas

El atletismo es una parte integral del programa educativo total de la escuela. Todas las actividades escolares, curriculares y extracurriculares, en el aula y en el campo de juego, deben ser congruentes con las metas y objetivos establecidos por la escuela para el desarrollo intelectual, físico, social y moral de sus estudiantes. Es en este contexto que se presenta el siguiente Código de Ética.

Como deportista, entiendo que es mi responsabilidad:

1. Colocar el rendimiento académico como la máxima prioridad.
2. Mostrar respeto por los compañeros de equipo, oponentes, oficiales y entrenadores.
3. Respetar la integridad y el juicio de los oficiales del juego.
4. Demostrar juego limpio, espíritu deportivo y conducta adecuada dentro y fuera del campo de juego.
5. Mantener un alto nivel de conciencia de seguridad.
6. Abstenerse del uso de malas palabras, vulgaridades y otros lenguajes y gestos ofensivos.
7. Respetar las reglas y estándares establecidos del juego a jugar.
8. Respete todo el equipo y utilícelo de forma segura y adecuada.
9. Abstenerse del uso de alcohol, tabaco, drogas ilegales y sin receta, esteroides anabólicos o cualquier sustancia para aumentar el desarrollo o rendimiento físico que no esté aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, el Cirujano General de los Estados Unidos o la Asociación Médica Estadounidense. .
10. Conozca y siga todas las reglas y regulaciones atléticas estatales, de sección y escolares en lo que respecta a la elegibilidad y la participación deportiva.
11. Gana con carácter, pierde con dignidad.

Como condición para ser miembro del CIF, todas las escuelas adoptarán políticas que prohíban el uso y abuso de esteroides androgénicos/anabólicos. Todas las escuelas miembros deberán tener estudiantes participantes y sus padres, tutores legales/cuidadores estarán de acuerdo en que el atleta no usará esteroides sin la prescripción escrita de un médico con licencia completa (según lo reconocido por la AMA) para tratar una condición médica (Artículo 523).

Al firmar a continuación, tanto el estudiante atleta participante como los padres, tutor legal/cuidador aceptan por el presente que el estudiante no utilizará esteroides androgénicos/anabólicos sin la prescripción escrita de un médico con licencia completa (según lo reconoce la AMA) para tratar una afección médica. . Reconocemos que según el Estatuto 202 del CIF, podrían existir sanciones por información falsa o fraudulenta.

También entendemos que la política del Distrito Unido de Escuelas Secundarias del Valle de Santa Ynez con respecto al uso de drogas ilegales se aplicará en caso de cualquier violación de estas reglas.

Nombre impreso del estudiante atleta

Fecha

Firma del estudiante atleta

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Una copia de este formulario debe mantenerse archivada en la oficina del director deportivo de la escuela secundaria local anualmente y la Declaración de Cumplimiento del Director debe archivarse en la oficina de la Sección Central de CIF.

Persiguiendo la victoria con honor

Código de conducta para padres/tutores

La competición atlética de los niños en edad interescolar debe ser divertida y también debe ser una parte importante de un programa educativo sólido. Todos los involucrados en programas deportivos tienen el deber de garantizar que sus programas impartan importantes habilidades para la vida y promuevan el desarrollo del buen carácter. Los elementos esenciales de la formación del carácter están incorporados en el concepto de espíritu deportivo y seis valores éticos fundamentales: confiabilidad, respeto, responsabilidad, equidad, preocupación y buen civismo (los “Seis Pilares del Carácter”).SM). El mayor potencial de los deportes se logra cuando todos los involucrados enseñan, hacen cumplir, defienden y modelan conscientemente estos valores (T.E.A.M.) y están comprometidos con el ideal de perseguir la victoria con honor. Los padres/tutores de estudiantes deportistas pueden y deben desempeñar un papel importante y sus esfuerzos de buena fe para honrar las palabras y el espíritu de este Código pueden mejorar drásticamente la calidad de la experiencia deportiva de un niño.

INTEGRIDAD

- Confiabilidad - Sea digno de confianza en todo lo que haga.
- Integridad - Estar a la altura de altos ideales de ética y espíritu deportivo y alentar a los jugadores a buscar la victoria con honor. Haga lo correcto incluso cuando sea impopular o personalmente costoso.
- Honestidad — Viva honorablemente. No mienta, engañe, robe ni participe en ninguna otra conducta deshonestas.
- Fiabilidad — Cumplir compromisos. Haz lo que dices que harás.
- Lealtad - Ser leal a la escuela y al equipo; Anteponga los intereses del equipo a la gloria personal de su hijo.

RESPECTO

- Respetar — Trate a todas las personas con respeto en todo momento y exija lo mismo a sus estudiantes-atletas.
- Clase — Enséñele a su hijo a vivir y jugar con clase y a ser un buen deportista. Él/ella debe ser cortés en la victoria y aceptar la derrota con dignidad, felicitar el desempeño extraordinario y mostrar un respeto sincero en los rituales previos y posteriores al juego.
- Conducta irrespetuosa - No participe en conductas irrespetuosas de ningún tipo, incluidas malas palabras, gestos obscenos, comentarios ofensivos de naturaleza sexual, insultos, burlas, celebraciones jactanciosas u otras acciones que degraden a las personas o al deporte.
- Respeto a los funcionarios Trate a los oficiales del juego con respeto. No se queje ni discuta sobre llamadas o decisiones durante o después de un evento deportivo.

RESPONSABILIDAD

- Importancia de la educación - Apoya el concepto de “Ser estudiante primero”. Comprometer a su hijo a obtener un diploma y recibir la mejor educación posible. Sea honesto con su hijo acerca de la probabilidad de obtener una beca deportiva o jugar a nivel profesional. Reforzar la noción de que muchas universidades no reclutarán estudiantes-atletas que no tengan un compromiso serio con su educación. Sea el contacto principal para los formadores de colegios y universidades en el proceso de contratación.
- Modelado a seguir – Recuerde, la participación en deportes es un privilegio, no un derecho. Los padres/tutores también

deben representar a la escuela, a los entrenadores y a los compañeros de equipo con honor, dentro y fuera de la cancha/campo. Muestre constantemente buen carácter y condúzcase como un modelo positivo.

- Autocontrol - Ejercer el autocontrol. No pelees ni muestres excesivas muestras de enojo o frustración.
- Estilo de vida saludable — Promueva en su hijo la evitación de todas las sustancias ilegales o nocivas para la salud, incluido el alcohol, el tabaco, las drogas y algunos suplementos nutricionales de venta libre, así como de técnicas nocivas para ganar, perder o mantener peso.
- Integridad del juego - Proteger la integridad del juego. No juegue ni se asocie con jugadores.
- Conducta sexual El contacto sexual o romántico de cualquier tipo entre estudiantes y adultos involucrados en deportes interescolares es inapropiado y estrictamente prohibido. Reportar mala conducta a las autoridades correspondientes.

JUSTICIA

- Justicia y apertura — Estar a la altura de altos estándares de juego limpio. Tenga la mente abierta y esté siempre dispuesto a escuchar y aprender.

CARIÑOSO

- Ambiente solidario — Demostrar constantemente preocupación por los estudiantes-atletas como individuos y alentarlos a cuidarse unos a otros y pensar y actuar como un equipo.

CIUDADANÍA

- Espíritu de las reglas Honrar el espíritu y la letra de las reglas. Enseña a tus hijos a evitar las tentaciones de ganar ventaja competitiva a través de técnicas de juego inadecuadas que violan las más altas tradiciones del espíritu deportivo.

He leído y entiendo los requisitos de este Código de conducta y reconozco que puedo ser disciplinado si violo cualquiera de sus disposiciones.

Firma del padre/tutor

Fecha



CIF Obligatorio Política de esteroides



“Como condición para ser miembro del CIF, todas las escuelas miembros adoptarán políticas que prohíban el uso y abuso de esteroides androgénicos/anabólicos. Todas las escuelas miembros deberán tener estudiantes-atletas participantes y sus padres, tutores legales/cuidadores estarán de acuerdo en que el atleta no usará esteroides sin la prescripción escrita de un examen físico con licencia completa (según lo reconoce la AMA) para tratar una condición médica”. (Estatuto CIF 503.I)

Política de SYVUHSD:

Según la política de la junta 5131.63, los estudiantes que participan en deportes tienen prohibido el uso de esteroides anabólicos o cualquier otra droga para mejorar el rendimiento. Los entrenadores deberán informar a los estudiantes-atletas sobre esta política y los peligros del uso de dichas drogas.

Nombre en letra de imprenta del estudiante-atleta: _____

Al firmar a continuación, tanto el estudiante-atleta participante como los padres, tutores legales/cuidadores aceptan por el presente que el estudiante-atleta nombrado en este documento no deberá usar esteroides androgénicos/anabólicos sin la prescripción escrita de un médico con licencia completa (como lo reconoce la AMA) para tratar una condición médica. También reconocemos que según el estatuto CIF 202, podrían existir sanciones por información falsa o fraudulenta. También entendemos que la política del Distrito Unido de Escuelas Secundarias del Valle de Santa Ynez con respecto al uso de drogas ilegales se aplicará en caso de cualquier violación de estas reglas.

Firma del estudiante atleta

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

FOOTBALL : Para completar si NO se compra la cobertura de fútbol americano

**DISTRITO DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE LA UNIÓN DEL VALLE DE SANTA YNEZ
VERIFICACIÓN DEL SEGURO DE FÚTBOL
OBLIGATORIO PARA TODOS LOS ATLETAS DE FÚTBOL**

El Código de Educación de California requiere una cobertura de seguro por un monto de al menos \$1500 para gastos médicos y hospitalarios resultantes de lesiones corporales accidentales a miembros de cualquier equipo deportivo lesionados mientras participaban o practicaban eventos deportivos interescolares, o mientras eran transportados hacia y desde tales eventos atléticos.

La ley define que los miembros del equipo atlético incluyen a cualquier estudiante que viaje y realice tareas relacionadas con el equipo o evento deportivo.

Por la presente verifico que se lleva a cabo en nombre de mi hijo, _____, un estudiante de Santa Ynez High School,

Distrito Escolar Secundario Unión del Valle de Santa Ynez, una póliza de seguro por un monto igual o mayor que el requerido por las Secciones 32220 -24 y 35330 -31 del Código de Educación de California para gastos médicos y hospitalarios resultantes de lesiones corporales accidentales mientras se participa o practica para eventos deportivos interescolares o mientras es transportado hacia y desde dichos eventos deportivos.

Mi número de póliza de \$1500 por lesiones corporales accidentales es _____, emitido por
_____ Compañía de seguros (NO el agente).

NOTA: Su atención se dirige al hecho de que muchas pólizas de seguro excluyen el fútbol americano. POR FAVOR LEA SU POLÍTICA. PUEDE NECESITAR UN SEGURO ADICIONAL. También acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Secundario Unión del Valle de Santa Ynez de cualquier responsabilidad que surja o esté relacionada de alguna manera con el requisito bajo la sección del código antes mencionada de proporcionar cobertura de seguro para el estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre/tutor

Fecha

Dirección de casa

Número de teléfono

NO deseo comprar la Cobertura de Fútbol Tackle de SISC INICIAL: _____

**AUTORIZACIÓN MÉDICA
OBLIGATORIO PARA TODOS LOS ATLETAS DE FÚTBOL**

A QUIEN LE INTERESE:

Yo, el abajo firmante, padre o tutor legal de _____, por la presente otorgo a cualquier hospital, centro de emergencia, médico, enfermera y/o paramédico, autorización para otorgar tratamiento a mi hijo, cuando esté acompañado o acompañado al centro de tratamiento por un maestro, entrenador, asistente de maestro, director o cualquier miembro de la Junta de Educación del Distrito. . Además, si el médico tratante determina después del examen que puede ser necesaria una cirugía para salvar vidas u otros procedimientos para salvar vidas, por la presente se extiende el permiso a las partes mencionadas anteriormente para otorgar los mismos. Además, acepto eximir de responsabilidad a dicho personal y a la Junta de Educación del Distrito Escolar Secundario de Santa Ynez Valley Union mediante mi acción de otorgar dicho permiso.

Firma del padre/tutor

Fecha

Este formulario puede fotocoparse para adaptarse a sus necesidades. Asegúrese de que cualquier atleta que NO compre la cobertura de fútbol americano SISC complete este formulario indicando que tiene otro seguro que cumple con los requisitos de cobertura.



LIMITATIONS AND EXCLUSIONS

POLICY COVERAGE DATES: 7/1 TO 6/30

Medical expense benefits are limited as shown in the Summary of Benefits and may not pay all bills in their entirety. Benefits are payable only for expenses incurred for treatment, services and supplies rendered within 52 weeks of the accident. Treatment must commence within 30 days of the date of the accident. In-patient hospitalization must commence within 26 weeks of the date of the accident. The following limitations apply to the maximum benefits payable for charges incurred as the result of one accident.

MOTOR VEHICLE ACCIDENTS

Maximum Amount - \$1,500

ATHLETIC AIR TEAM TRAVEL ACCIDENT

Maximum Amount - \$1,500

NON-DUPLICATION OF BENEFITS PROVISION

If the student has other valid and collectible coverage, including pre-paid health plans, a claim must be filed with the other insurance company. However, SISC is primary to Medi-Cal and TriCare. After the primary insurance has paid, SISC will pay allowable benefits on the balance of the bills.

EXCLUSIONS

The policy does not cover and no payment will be made as a result of injury sustained prior to the effective date of insurance; intentionally, self-inflicted injury; suicide or any attempt there at; injury sustained while under the influence of alcohol or non-physician prescribed drugs; or while traveling in or on any aircraft or vehicle for air navigation except while as a passenger in a civilian aircraft operated by a scheduled airline; or while traveling in or on a motor vehicle (except to or from games away from the school under direct school supervision). No benefits are payable for hernia, illness or disease, eye examinations, eye glasses (except as specified in the Summary of Benefits), contact lenses, dental work (except prompt repair of injury to natural teeth) including orthodontic procedures, appliances and dentures; reconstructive or cosmetic surgery except as necessary for repair of injury; or injuries which are not accidental; C.P.M. machines, any type of bone growth stimulating device or machine; injuries as a result of fighting. No insurance is provided for injuries covered by workers' compensation or similar legislation; or care, treatment services or supplies not recommended and approved by a physician or which are not necessary; or to the extent that charges exceed reasonable and customary amounts; or charges that would not have been made if no insurance was in force.

TACKLE FOOTBALL COVERAGE PROGRAM



SISC

Self-Insured Schools of California

P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847
Phone (661) 636-4710
FAX (661) 636-4418

A joint powers authority administered by the
Kern County Superintendent of Schools Office
Mary C. Barlow, Superintendent

**Designed Especially for
SISC II Member Districts**



SISC

Self-Insured Schools of California
Schools Helping Schools

SUMMARY OF BENEFITS

The policy will pay up to \$15,000 for covered medical expenses due to accidental bodily injury sustained in any one accident which occurs on or after the effective date of coverage. The covered treatment, care, services must be rendered within 52 weeks of the accident and benefits for covered expenses shall not exceed the specified amounts shown below. Accidental Death benefits of \$2,500 and Dismemberment Benefits up to \$15,000 are payable for loss resulting from accidental bodily injury within 30 days of the injury. The policy is secondary to all other valid and collectible insurances with the exception of Medi-Cal and Tricare.

Coverage and Benefits		
POLICY MAXIMUM per covered accident		\$15,000
DEDUCTIBLE		None
PHYSICIAN FEES - NON-SURGICAL (Excluding physical therapy/chiropractic)		\$45 Initial Visit \$75 Initial ER Visit \$25 Subsequent Visit
X-RAYS in or out of hospital including reading or interpretation thereof but excluding dental X-rays, not to exceed the amount specified below as the result of any one accident.		\$200
SURGEON		100% to \$1,000
ASSISTANT SURGEON		Up to \$250
ANESTHESIOLOGIST		Up to \$250
IN-PATIENT HOSPITAL	Room Rate Intensive Care	Semi-Private 2 x Semi-Private
HOSPITAL MISCELLANEOUS	Inpatient expense	80% to \$5,000
EMERGENCY ROOM CARE		Up to \$500
OUT-PATIENT SURGERY FACILITIES (room and supplies)		80% to \$2,000
DIAGNOSTIC IMAGING (MRI/CAT Scan)	Aggregate	\$750
LAND AMBULANCE SERVICE		Usual and Customary
PHYSICAL THERAPY/CHIROPRACTIC SERVICES		15 Visits @ \$25
DENTAL TREATMENT (per tooth)		\$500
ORTHOPEDIC APPLIANCES (prescribed by a physician)		Usual and Customary
OUT-PATIENT DRUGS		Usual and Customary
CASTING SUPPLIES		Usual and Customary
OUT-PATIENT LAB BENEFIT		\$75
EYEGLASS REPLACEMENT (Replacement of broken eyeglasses or lenses resulting from a covered accident requiring medical treatment. Routine refractions or eye exams are not covered.)		\$100

HIGH SCHOOL FOOTBALL COVERAGE

Note: Tackle Football is not covered under the SISC Student Accident Coverage Program.

SISC Tackle Football Coverage provides protection from an accident which occurs while practicing for, participating in a regularly scheduled and school sponsored tackle football game or traveling as a team member on school transportation to or from games not on the school grounds.

The accident must occur while the policy is in force and applies only to those parties where an application has been received and for whom the required premium has been paid.

Coverage becomes effective for the participant when the school district or SISC receive both the completed application and the premium.

No refunds or credits can be allowed for players who fail to make the squad or fail to complete the season.

Premium Rates - Single one time payment.

Football Coverage: \$60.00

Application Procedures

- Complete the detachable application form and return it to the appropriate staff person at your school site.
- Provide the premium payment to your school in the form of check or money order.
- Retain the summary of benefits for future reference.
- Claims are processed by SISC. If you have any questions, please call the number listed on the application.

Retain this Summary of Benefits

This summary of benefits is not a policy or certificate. Individual policies or certificates are not issued. Payment of benefits will be made in accordance with the policy terms. If any statement in the Summary of Benefits and any policy provisions differ, the policy will govern. Direct questions regarding the Master Policy to SISC.

APPLICATION FOR TACKLE FOOTBALL COVERAGE (ONLY)

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

DATE OF BIRTHGRADEAGE

SCHOOL NAME

SCHOOL DISTRICT

NAME OF PARENT OR GUARDIAN

ADDRESS

CITYSTATEZIP

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIANDATE

PLEASE RETURN THIS APPLICATION AND PREMIUM PAYMENT TO SCHOOL OFFICIAL.

TO BE COMPETED BY SCHOOL DISTRICT

NAME OF SCHOOL DISTRICT

DATE RECEIVED

STUDENT NAME (PLEASE PRINT)

SIGNATURE OF SCHOOL DISTRICT OFFICIAL

PREMIUM RECEIVED \$

