

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MADERA

FORMULARIO DEL HISTORIAL FAMILIAR Y FÍSICO

DEPORTE

Nombre del estudiante: _____ # de ID _____

APELLIDO

NOMBRE

¿A cuál escuela asistió el año pasado? _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Teléfono _____

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|------|--------|--------|-----------|-------|---------|--------|---------|-------|------|-----------------|--------|------|---------|--------------------------|--|-----|
| <p>1. ¿Ha sufrido usted de una enfermedad o lesión médica desde su última revisión o examen físico? ¿Tiene usted una enfermedad continua o crónica?</p> <p>2. ¿Ha sido usted hospitalizado de un día para otro? ¿Ha tenido usted cirugías?</p> <p>3. ¿En la actualidad toma algún medicamento o pastillas recetadas o no recetadas (compradas en una tienda) o usa un inhalador? ¿Ha tomado alguna vez suplementos o vitaminas para subir o bajar de peso o para mejorar su rendimiento?</p> <p>4. ¿Sufre usted de alguna alergia (por ejemplo, al polen, a un medicamento, alimento o picadura de insectos)? ¿Ha tenido alguna vez un sarpullido o ronchas al hacer ejercicio o después de hacer ejercicio?</p> <p>5. ¿Se ha desmayado alguna vez al hacer ejercicio o después de hacerlo? ¿Se ha mareado alguna vez al hacer ejercicio o después de hacerlo? ¿Ha sufrido alguna vez dolores en el pecho al hacer ejercicio o después de hacerlo? ¿Se cansa usted más rápido que sus amigos al hacer ejercicio? ¿Ha sufrido alguna vez de taquicardia (ritmo cardíaco acelerado) o latidos irregulares? ¿Alguna vez le han informado que tiene un soplo en el corazón? ¿Ha muerto alguno de sus familiares por problemas cardíacos o de muerte súbita antes de cumplir los 50 años? ¿Ha sufrido usted de una infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) durante el último mes? ¿Alguna vez le ha prohibido o restringido un doctor su participación en algún deporte por problemas cardíacos?</p> <p>6. ¿Sufre en la actualidad de algún problema de la piel (por ejemplo, picazón, sarpullido, acné, hongos o ampollas)?</p> <p>7. ¿Ha sufrido alguna vez de lesiones o conmociones en la cabeza? ¿Ha sido alguna vez noqueado, ha perdido el conocimiento o ha sufrido pérdida de la memoria? ¿Ha tenido alguna vez un ataque convulsivo? ¿Sufre de dolores de cabeza frecuentes o severos? ¿Ha sufrido alguna vez de entumecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies? ¿Ha sufrido algunas de un nervio que arde, quema o pellizcado?</p> <p>8. ¿Se ha enfermado alguna vez por hacer ejercicio expuesto al calor?</p> <p>9. ¿Tose, jadea o tiene problema para respirar durante o después de una actividad? ¿Sufre usted de asma? ¿Sufre usted de alergias durante las estaciones del año las cuales requieren atención médica?</p> | <p>10. ¿Utiliza usted algún equipo o dispositivo de protección o correctivo que normalmente no se usa para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, almohadilla para el cuello, protector para los dientes, instrumento auditivo)?</p> <p>11. ¿Ha tenido usted problemas en los ojos o con la vista? ¿Usa usted lentes, lentes de contacto o lentes de protección?</p> <p>12. ¿Ha sufrido alguna vez de un esguince, torcedura o inflamación después de una lesión? ¿Se ha quebrado o fracturado algún hueso o dislocado una articulación? ¿Ha tenido algún otro problema con dolores o inflamación de los músculos, los tendones, huesos o articulaciones?</p> <p style="text-align: center;"><i>Si marcó que SÍ, escoja apropiadamente y explique abajo.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cabeza</td> <td style="width: 33%;">Codo</td> <td style="width: 33%;">Cadera</td> </tr> <tr> <td>Cuello</td> <td>Antebrazo</td> <td>Muslo</td> </tr> <tr> <td>Espalda</td> <td>Muñeca</td> <td>Rodilla</td> </tr> <tr> <td>Pecho</td> <td>Mano</td> <td>Espinilla/Tibia</td> </tr> <tr> <td>Hombro</td> <td>Dedo</td> <td>Tobillo</td> </tr> <tr> <td>Parte superior del brazo</td> <td></td> <td>Pie</td> </tr> </table> <p>13. ¿Quiere usted pesar más o menos de lo que pesa ahora? ¿Quiere usted perder peso de forma regular para cumplir con el peso requerido para su deporte?</p> <p>14. ¿Se siente usted estresado?</p> <p>15. Apunte las fechas de sus vacunas más recientes para: Tétano _____ Sarampión _____ Hepatitis B _____ Varicela _____</p> | Cabeza | Codo | Cadera | Cuello | Antebrazo | Muslo | Espalda | Muñeca | Rodilla | Pecho | Mano | Espinilla/Tibia | Hombro | Dedo | Tobillo | Parte superior del brazo | | Pie |
| Cabeza | Codo | Cadera | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuello | Antebrazo | Muslo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espalda | Muñeca | Rodilla | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pecho | Mano | Espinilla/Tibia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombro | Dedo | Tobillo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parte superior del brazo | | Pie | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MUJERES SOLAMENTE

16. ¿Cuándo tuvo su primer periodo menstrual? _____
 ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? _____
 ¿Cuánto tiempo pasa usualmente entre el inicio de un periodo y el inicio de siguiente? _____
 ¿Cuántos periodos ha tenido durante el último año? _____
 ¿Cuál fue el periodo de tiempo más largo entre periodos durante el último año? _____
 Explique las preguntas en las que contestó "SÍ" a continuación: _____

Por medio de la presente yo declaro, a mi leal entendimiento, que mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
 (Padre de familia o tutor legal) (Estudiante)

EXAMEN FÍSICO

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo acepto indemnificar y dejar libre de responsabilidad al médico mencionado abajo por las lesiones o enfermedades sufridas por mi estudiante-atleta mientras participaba en actividades deportivas.

Firma del padre de familia o tutor legal: _____ Fecha: _____
 Presión Arterial ____/____ (____/____/____) Orina _____ Pulso _____

Todos los estudiantes que participan en actividades deportivas deben recibir un examen físico. Yo por medio de la presente certifico que yo he examinado a _____ y lo/la encuentro estar físicamente apto/a para practicar deportes.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Apuntes: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES: Por medio de la presente yo doy mi consentimiento para que _____ realice

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

actividades deportivas, excepto aquellas prohibidas por el médico que le examinó. También doy mi consentimiento para que mi hijo/a vaya con un representante del distrito escolar a viajes para actividades deportivas entre escuelas. En caso que este estudiante se lesione, por medio de la presente autorizo al oficial del distrito escolar a administrar primeros auxilios y obtener tratamiento médico.

ADVERTENCIA: LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS PUEDE RESULTAR EN LESIONES SEVERAS, INCLUYENDO PARÁLISIS Y MUERTE. LOS CAMBIOS EN LAS REGLAS, LA MEJORÍA EN LOS PROGRAMAS DE ACONDICIONAMIENTO, LA MEJORÍA EN LA COBERTURA MÉDICA Y LA MEJORÍA DEL EQUIPO HAN REDUCIDO ESTOS RIESGOS; SIN EMBARGO, ES IMPOSIBLE ELIMINAR TOTALMENTE TALES ACONTECIMIENTOS EN LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

➡ Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO: Bajo la ley estatal, se le exige a los distritos escolares que se aseguren de que todos los miembros de los equipos deportivos posean un seguro contra accidentes que cubra los costos médicos y hospitalarios. Los estudiantes deben estar asegurados antes de que se les permita practicar y participar en programas deportivos. El requisito del seguro se puede cumplir por medio de un seguro médico ofrecido por el distrito escolar u otros beneficios de salud que cubran los costos médicos y hospitalarios.

Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en programas de seguro médico patrocinados local, estatal o federalmente. La información acerca de estos programas se puede obtener llamando a "Healthy Families" al 1-800-880-5305.

La ley escolar de California (Código de Educación 32220-24) exige que cada miembro de un equipo deportivo tenga un seguro contra lesiones corporales que ofrezca al menos \$1500 en beneficios médicos y hospitalarios programados. El Distrito Escolar Unificado de Madera pone a su disposición un seguro a través de una compañía de seguros privada para todos los estudiantes con el cual podrán cumplir con los requisitos del seguro médico en el código de educación.

- Yo tengo cobertura con Medi-Cal: No _____ Sí _____ Tarjeta # _____
- Yo tengo cobertura con un seguro médico privado: No _____ Sí _____ Nombre de la compañía _____
- Yo voy a adquirir el seguro médico privado puesto a disposición por parte del MUSD: No _____ Sí _____ ***
- *** Este seguro debe ser pagado antes de que se le permita al estudiante participar
- Por medio de la presente garantizo que voy a mantener la cobertura del seguro médico vigente, la cual cumpla o exceda los requisitos legales mientras dure la participación de mi hijo/a en actividades deportivas.

➡ Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ANTES DE FIRMAR)

ADMISIÓN:

- Yo/nosotros, el padre o tutor legal y el estudiante-atleta hemos recibido, leído y entendemos el Folleto Atlético para el Estudiante & para el Padre de Familia o Tutor Legal del MUSD y admitimos que las violaciones de cualquiera de los reglamentos pueden resultar en consecuencias disciplinarias mientras se participa en actividades deportivas entre escuelas, sin importar el contexto, la escuela o la jurisdicción.
- Yo/nosotros estamos conscientes y estamos de acuerdo con que somos responsable financieramente por cualquier artículo perdido, robado o maltratado por mi hijo/a.
Yo/nosotros estamos de acuerdo con asistir a la reunión para los padres de familia antes de la temporada deportiva.
- Yo/nosotros reconocemos que bajo el estatuto CIF 200.D pueden haber multas por presentar información falsa o fraudulenta. Yo/nosotros también estamos conscientes que el reglamento del MUSD en relación al uso de drogas ilegales será aplicada en caso de que hayan violaciones de estas reglas.

➡ Firma del estudiante: _____ Fecha _____

➡ Firma del padre de familia o tutor legal _____ Fecha _____

AVISO E INFORMACIÓN SOBRE EL DIRECTORIO: Si usted no se opone con que la oficina del Director Deportivo le comuniquen el nombre u otra información pertinente de su hijo/a a los medios de comunicación, a las escuelas interesadas, a las asociaciones de padres-maestros, a los empleadores interesados y partes afines, por favor firme sobre la línea que dice SÍ abajo. Si usted se opone, por favor firme sobre la línea que dice NO.

➡ _____ Si, doy autorización para que publiquen el nombre de mi hijo/a
 _____ No, no deseo que se publique el nombre de mi hijo/a

NOMBRE _____

Por favor escriba con letra de imprenta Apellido _____ Nombre _____

Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo M / F

Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____

ELEGIBILIDAD DEPORTIVA DE LA ESCUELA PREPARATORIA MADERA SOUTH

1. ¿Está la dirección del hogar dentro del zona de asistencia de la secundaria Madera South? Escoja SÍ NO
Si no, ¿dentro del área de asistencia de cuál secundaria vive usted? _____

2. ¿En este momento, o durante el último año ha sido usted trasladado de un distrito a otro o dentro del distrito para asistir a una escuela fuera del zona donde reside? SÍ NO
Si contestó que sí, los traslados tienen vigencia solamente por un año, ¿está vigente su traslado para el ciclo escolar en curso? SÍ NO

3. ¿Vive usted con su/sus padre(s) o con un tutor legal aprobado por la corte en la dirección mencionada arriba? SÍ NO

4. ¿Ha usted vivido en otra residencia durante el último año? SÍ NO
Si sí, ¿cuándo se mudó de la dirección previa? _____
Si sí, escriba la dirección previa: _____
Si se ha mudado o ha cambiado de escuelas, marque la situación que aplica a usted:

- a) _____ Toda mi familia se mudó de la dirección anterior a la nueva dirección.
- b) _____ Yo me mudé de la residencia de uno de mis padres para vivir con el otro.
- c) _____ Yo me mudé de la residencia de uno de mis padres para vivir con un pariente o tutor legal.
- d) _____ Yo me mudé de la residencia de un pariente o tutor legal para vivir con uno de mis padres.
- e) _____ Una orden judicial me asignó la nueva dirección.
- f) _____ Mi matrícula en la escuela previa fue cancelada por razones disciplinarias.

5. ¿Ha usted asistido a una escuela por fuera del Distrito de Madera durante el último año? SÍ NO
Si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de la escuela previa? _____
Si la respuesta es sí, ¿cuándo dejó de asistir a la escuela previa? _____

6. ¿Cumplirá usted 19 años de edad antes del 15 de junio mientras está en 11vo grado? SÍ NO

7. ¿A cuál escuela asistió usted el primer día del 9no grado? _____ ¿En qué año comenzó a asistir al 9no grado? _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

DEP. DE ATLETISMO – ADVERTENCIA DEL RIESGO EN TODOS LOS DEPORTES

LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS PUEDE RESULTAR EN LESIONES SERIAS, CATASTRÓFICAS Y PROBABLEMENTE FATALES. Por su propia naturaleza, los deportes competitivos pueden poner a los estudiantes en situaciones las cuales puedan ocasionar accidentes. Muchas modalidades deportivas competitivas pueden producir contactos físicos entre los competidores, requerir el uso de equipos los cuales puedan causar accidentes, un esfuerzo físico extenuante y presentar riesgo de lesiones. Los estudiantes y los padres deben evaluar los riesgos involucrados en tal participación y tomar la decisión de participar a pesar de esos riesgos. No importa qué tanta capacitación, precaución o supervisión que se pueda brindar la cual pueda eliminar totalmente todos los riesgos de lesiones. De igual manera que el manejo y vehículo involucra la opción del riesgo, la participación en actividades deportivas por parte de los estudiantes también puede ser peligrosa por naturaleza. El compromiso de los padres y de los estudiantes al tomar la decisión de participar no se puede exagerar. Han habido accidentes los cuales han resultado en impedimentos físicos permanentes y serios como resultado de la participación en competencias deportivas. A los estudiantes se les enseñarán las técnicas apropiadas que se deben usar en las competencias deportivas y el uso apropiado de todo el equipo que se usa para practicar y competir. Los estudiantes se deben apegar a esas instrucciones y a esa forma de manejo y se deben abstener del manejo y de las técnicas inapropiadas. Al dar la autorización para que su hijo participe en competencias deportivas, usted, como padre de familia o tutor legal, admite que existe tal riesgo. Al escoger participar en competiciones deportivas, usted, el estudiante, admite que existe tal riesgo. **JUGADORES DE FÚTBOL AMERICANO: los cascos no siempre pueden prevenir todas las lesiones en la cabeza o en la nuca que un jugador pueda recibir al participar en fútbol americano. NO DEBE USAR SU CASCO PARA DAR TOPES, EMBESTIR O ARREMETER A UN JUGADOR CONTRARIO. Ésta es una violación a las reglas del fútbol americano y si se usa de tal manera puede resultar en lesiones severas en la cabeza o en el cuello, parálisis o la muerte de sí mismo y una posible lesión a su oponente.** Si no comprende algo de lo que se ha expresado previamente, por favor comuníquese con el director deportivo de la Secundaria Madera South para mayor información.

Hemos leído y entendemos el material incluido en la “Advertencia del Riesgo”, incluyendo la advertencia sobre el casco de fútbol americano. Yo certifico que he leído y que estoy consciente de la advertencia.

Firma del estudiante _____ Firma del padre _____