



East Moriches Union Free School District

Formulario de Participación Atlética Interescolar

Estimados padres/tutores:

Su hijo es candidato para un equipo interescolar en la Escuela East Moriches.

Él/Ella debe ser examinado por el médico de la escuela y no se le permitirá participar a menos que se hayan completado los requisitos apropiados y todos los formularios asociados estén archivados con la enfermera de la escuela antes del comienzo de la temporada. **TODOS** los atletas deben tener su prueba de commoción cerebral de línea de base antes de que se les permita participar.

Los estudiantes que no tengan el consentimiento de sus padres no podrán participar en el programa deportivo interescolar. Si desea que su hijo participe en el programa, complete y envíe este formulario de autorización. **No se proporcionará transporte a casa después de la práctica.**

Cualquier lesión que se produzca durante la temporada deportiva fuera del horario escolar debe informarse al entrenador de su hijo y/o a la enfermera de la escuela. Siempre que se vea a un médico, debemos tener una nota que indique que puede o no continuar participando activamente en el deporte. Si su hijo falta a la escuela por una enfermedad durante cinco (5) días o más, un parent o tutor debe completar un formulario de certificación deportiva. Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas del formulario, se requerirá una nota del médico que vuelva a certificar que su hijo(a) regrese a su deporte. Este formulario está disponible poniéndose en contacto con la enfermera de la escuela.

Sinceramente,

John Balzano

Coordinador de atletismo

Interscholastic Athletic Participation Form

Certifico que he leído y entiendo la información anterior. Es con mi pleno conocimiento
Y consiento que mi hijo, _____, puede participar jugando en East Moriches
School durante el _____ año escolar.

Firma del parent/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____

Doctor de familia: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Fecha: _____

Muestra del Historial de salud intermedio para atletismo recomendado por NYSED			
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela:		Edad:	
Grado (marque una opción): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		Limitaciones: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
Deporte:		Fecha del último examen de salud:	
Nivel deportivo: <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Principiante <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Primera		Fecha en que se completó el formulario:	
El padre, la madre/el tutor DEBE completarlo y firmarlo - Proporcione detalles para cualquier respuesta AFIRMATIVA en la última página.			

¿SU HIJO/A		
SALUD GENERAL	NO	Sí
alguna vez tuvo una indicación de un proveedor de atención médica que le restringió la práctica de deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo que realizarse una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez pasó la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recibió un diagnóstico de mononucleosis en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene solo un riñón que funciona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un trastorno hemorrágico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene problemas de audición o sordera congénita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene problemas de visión o solo tiene visión en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene una afección médica crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad o portador del rasgo de células falciformes	
<input type="checkbox"/> Otro:		
es alérgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan		
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de insectos	
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Otro:	
alguna vez tuvo una reacción anafiláctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un autoinyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿SU HIJO/A		
HISTORIAL DE LESIÓN CEREBRAL/TRAUMATISMO DE CRÁNEO	NO	Sí
alguna vez tuvo un golpe en la cabeza que le causó dolores de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le indicaron que tenía una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recibe tratamiento por un trastorno convulsivo o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo dolores de cabeza cuando realiza ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRACIÓN	NO	Sí
alguna vez se quejó de cansarse en extremo o de que le faltara el aire al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa o tiene un inhalador o un nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene respiración sibilante o tose con frecuencia cuando hace ejercicio después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene asma o asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS/ADAPTACIONES	NO	Sí
usa un protector, una ótesis u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa protectores para la vista, como antiparras o una máscara facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa un audífono o tiene un implante coclear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe al entrenador/enfermero escolar si usa algún dispositivo. No es necesario en el caso de lentes de contacto o anteojos.		

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
------------------------	--	----------------------	--

¿SU HIJO/A		
SALUD DIGESTIVA (GI)	NO	SÍ
tiene problemas estomacales o gastrointestinales de otro tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
necesita una dieta especial o tiene que evitar determinados alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna inquietud acerca del peso de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES	NO	SÍ
alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas o ha tenido cosquilleos, adormecimiento o debilidad después de recibir un golpe o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo una lesión, dolor o inflamación de una articulación que hizo que tuviera que faltar a las prácticas o a un partido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un hueso, músculo o articulación que le cause molestias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene articulaciones que duelen, se inflaman, se sienten calientes o se enrojecen con el uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez recibió un diagnóstico de fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DEL CORAZÓN	NO	SÍ
alguna vez se quejó de:		
alguna vez se realizó una prueba cardíaca (por ej., ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo) con un proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigo, mareos, durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor, opresión o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aleteos en el pecho, palpitaciones, corazón acelerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿SU HIJO/A		
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene o tenía un problema cardíaco o en los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Opresión o dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Infección cardíaca	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	
<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco lento o rápido reciente		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki		
<input type="checkbox"/> tiene implantado un desfibrilador cardíaco (ICD, por sus siglas en inglés)?		
<input type="checkbox"/> tiene un marcapasos?		
<input type="checkbox"/> Otro:		
SOLO PARA SEXO FEMENINO	NO	SÍ
tiene períodos regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PARA SEXO MASCULINO	NO	SÍ
tiene un solo testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene dolor en la ingle, un bulto o una hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DE LA PIEL	NO	SÍ
en este momento tiene algún sarpullido, llagas por presión u otros problemas de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo herpes o una infección de piel con Estafilococo Aureus resistente a la Meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19		
¿Su hijo/a alguna vez ha tenido un resultado positivo de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso NEGATIVO, DETÉNGASE. Pase al Historial familiar de salud del corazón.		
En caso AFIRMATIVO, responda las siguientes preguntas:		
Fecha de la prueba de COVID positiva:		
¿Su hijo/a tuvo síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a vio a un proveedor de atención médica por los síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tuvo que ser hospitalizado/a por COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD DEL CORAZÓN

Un familiar tuvo/tiene alguna de las siguientes afecciones:

Marque todas las opciones que correspondan:

- IV.2. ¿Qué condiciones cardíacas tienen los deportistas que son deportistas?

 - corazón agrandado/cardiomiopatía hipertrófica/cardiomiopatía dilatada
 - cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica
 - problemas del ritmo cardíaco, intervalo QT corto o largo
 - síndrome de Brugada
 - taquicardia ventricular catecolaminérgica
 - síndrome de Marfan (ruptura aórtica)
 - ataque cardíaco a los 50 años o antes
 - marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado (ICD, por sus siglas en inglés)

Un historial familiar de:

- anormalidades cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años
 - anormalidad estructural cardíaca, reparada o no reparada
 - desmayos inexplicados, convulsiones, ahogamiento, estar a punto de ahogarse o accidentes de tránsito antes de los 50 años

En caso de respuesta **NEGATIVA** a todas las preguntas, **DETÉNGASE**. Firme y escriba la fecha a continuación.

PASE a la página 3 en caso de respuesta AFIRMATIVA a alguna pregunta.

Padre, madre/

Fecha:

En caso de respuesta **AFIRMATIVA** a alguna de las preguntas, proporcione detalles.
Firme y escriba la fecha a continuación.

East Moriches Concussion Management School Policy

The Board of Education of East Moriches School District recognizes that concussions and head injuries are commonly reported injuries in children and adolescents who participate in sports and recreational activity and can have serious consequences if not managed carefully. Therefore the District adopts the following policy to support the proper evaluation and management of head injuries.

Concussion is a mild traumatic brain injury. Concussions occur when normal brain functioning is disrupted by a blow or jolt to the head. Recovery from a concussion will vary. Avoiding re-injury and over exertion until fully recovered are the cornerstones of proper concussion management.

While district staff will exercise reasonable care to protect students, head injuries may still occur. Physical education teachers, coaches, nurses and other appropriate staff will receive training to recognize the signs, symptoms and behaviors consistent with a concussion. This training will be completed biannually. The Athletic Coordinator will organize the training and maintain completion records. Any student exhibiting those signs, symptoms or behaviors while participating in a school sponsored class, extracurricular activity or interscholastic activity shall be removed from the game or activity and be evaluated as soon as possible by an appropriate healthcare professional. The nurse will notify the student's parent or guardian and recommend appropriate monitoring to parents /guardians.

If a student sustains a concussion at a time other than when engaged in a school sponsored activity, the district expects the parent/legal guardian to report the condition to the nurse so that the district can support the appropriate management of the condition.

The student shall not return to school or activity until authorized to do so by an appropriate healthcare professional. The school's chief medical officer will make the final decision on return to activity including physical education class and after-school sports. Any student who continues to have signs or symptoms upon return to activity must be removed from play and reevaluated by their healthcare provider. The school physician or ancillary staff must clear students participating in interscholastic athletics that sustain a concussion prior to participation. All other students who are suspected to have or sustain a concussion prior to participation. All other students who are suspected or sustain a concussion must be cleared by a licensed physician prior to returning to activity.

Concussion is a common consequence of trauma to the head in contact sports.

Concussion can occur from collisions or falls in all forms of athletic activity.

Injured athletes should be medically assessed to prevent the possibility of catastrophic brain injuries.

Repeated concussions may cause cumulative brain injury in an individual injured over months or years.

While any sport has a risk for injury, a balance must be reached between competition and ensuring athlete's safety. Due to competition and enthusiasm over the sport, athletes, coaches and spectators frequently lose their objectivity when it comes to concussion management. This fact coupled with the insidious nature of head trauma and the multitude of symptoms head injury victims may or may not present put physicians in the sometimes unpopular position of requiring diagnostic testing (CT scan, neurology consults etc) before allowing an athlete to return to participation.

Staff members should make sure that participation areas are clear of debris, safe, adequate space is provided and plans and rules are implemented to create a safe environment. Symptoms of concussion include:

- Persistent low grade headache
- Lightheadedness
- Fatigue
- Intolerance to bright lights or loud noises
- Visual disturbance
- Anxiety
- Sleep disturbance

Other features of concussion frequently observed:

- Vacant stare or confused facial expression
- Slow to answer questions or follow instructions
- Confusion or easy distraction with regard to normal activities
- Disorientation (unaware of time, date or place)
- Slurred or incoherent speech (incomprehensible statements)
- Stumbling, inability to walk a straight line
- Memory deficits
 - Repeatedly asking the same questions or inability to memorize or recall three words or objects within 5 minutes
- Emotional outbursts out of proportion to circumstances (distraught, crying)
- Any period of loss of consciousness

The Board will appoint a Concussion Management Team (CMT) annually at the re-organization meeting that will include, but not limited to the Athletic Coordinator, Nurse and Building Administrator.

Information regarding Mild Traumatic Brain Injury will be posted on the District Website.

Approved: June 27, 2012

I/We have read, discussed and understand the above information concerning East Moriches Union Free School District's Concussion Management School Policy.

Student Name (Print Clearly) _____

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____