

## Asociación Atlética Interescolar de Delaware

### Formulario de evaluación física/consentimiento previo a la participación

El formulario de evaluación física y consentimiento previo a la participación de la DIAA contiene siete páginas. Las páginas dos, tres y cinco requieren la firma de uno de los padres, y las páginas seis y siete son referencias para que conserven los padres y los estudiantes atletas. La página cuatro requiere la fecha del examen y la firma del médico, y la página cinco requiere la fecha de la autorización para participar y la firma del médico. **El estudiante debe recibir una autorización para participar a partir del 1 de abril de acuerdo con el examen médico realizado dentro de 12 meses de la firma. La autorización tiene validez hasta el 30 de junio del año escolar siguiente, a menos que se requiera un nuevo examen.**

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor: (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Para el examen físico de los estudiantes de 9.º grado o nuevos estudiantes de la escuela, marque aquí para indicar que se adjunta el formulario de vacunas:

### CONSENTIMIENTOS DEL PADRE/TUTOR/ESTUDIANTE

¿ \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares **NO** marcados a continuación?  
(Nombre del atleta)

**NOTA: Si marca un deporte a continuación, el atleta NO podrá participar en ese deporte.**

<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Básquetbol	<input type="checkbox"/> Porristas	<input type="checkbox"/> Ciclismo	<input type="checkbox"/> Remo
<input type="checkbox"/> Hockey sobre	<input type="checkbox"/> Fútbol americano	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Hockey sobre hielo	<input type="checkbox"/> Lacrosse (B)
<input type="checkbox"/> Lacrosse (G)	<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/> Squash	<input type="checkbox"/> Natación
<input type="checkbox"/> Tenis	<input type="checkbox"/> Atletismo	<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> Lucha	

1. Mi permiso cubre todas las actividades interescolares realizadas dentro o fuera del establecimiento de la escuela. He leído y analizado el **Documento de información para los padres/jugadores sobre conmociones; hoja informativa sobre paro cardíaco repentino** y conservaré este documento para mi referencia. También he conversado con él/ella y comprendemos que puede producirse una lesión física, incluida la parálisis, coma o la muerte y la exposición a la COVID-19 como resultado de la participación en las actividades atléticas interescolares. Renuncio a todo reclamo por lesiones, enfermedad o daños incurridos por dicho participante durante su participación en las actividades NO marcadas anteriormente.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. Para permitir a la DIAA y sus escuelas miembro plenas y asociadas determinar si el estudiante mencionado en el presente es elegible para participar en las actividades atléticas interescolares, por el presente otorgo mi consentimiento para la divulgación de todas las porciones de los archivos de registros escolares, a partir de sexto grado, del estudiante mencionado en el presente, tales como registros de nacimiento y edad, nombre y residencia del(los) padre(s) o tutor(es) o pariente cuidador del estudiante, residencia del estudiante, registros de salud, trabajo académico completado, calificaciones recibidas y registros de asistencia.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3. Asimismo, otorgo mi consentimiento a la DIAA y sus escuelas miembro plenas y asociadas para usar el nombre, imagen e información deportiva del estudiante mencionado en el presente en informes de prácticas, entrenamientos o competencias interescolares, literatura promocional de la asociación y otros materiales y publicaciones en relación con las actividades atléticas interescolares.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4. Mediante esta firma, por el presente presto mi consentimiento para permitir a los médicos y otros profesionales de atención médica que he seleccionado o que seleccionen las escuelas realizar un examen de mi hijo previo a la participación y proporcionar tratamiento por las lesiones recibidas durante la participación o entrenamiento para las actividades atléticas de su escuela. Asimismo, otorgo mi consentimiento para permitir que tales médicos o profesionales de atención médica compartan información apropiada relacionada con mi hijo que sea relevante para la participación con los entrenadores, el personal médico, la Asociación Atlética Interescolar de Delaware y otro personal de la escuela según sea necesario. Tal información puede utilizarse con fines de vigilancia de lesiones.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5. Mediante esta firma, acepto informar al médico y a la escuela sobre cualquier cambio en la salud durante el año escolar que pudiera afectar la participación en las actividades atléticas interescolares.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE ANTECEDENTES \*El formulario debe completarse anualmente junto con una Tarjeta médica y de consentimiento. El atleta y el padre deben completar el formulario antes de la visita.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo asignado en \_\_\_\_\_

Indicar las afecciones pasadas y presentes:	¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumerar todas las cirugías pasadas:
Mencione todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (de hierbas y nutritivos); alimentos, picaduras de insectos, etc):	Mencione todas sus alergias (medicamentos, polen,
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sufrido alguno de los siguientes? (marcar)	En absoluto    Varios días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o irritable	0                    1                    2                    3
No poder detener o controlar las preocupaciones	0                    1                    2                    3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0                    1                    2                    3
Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0                    1                    2                    3
Salud mental: Una suma >= 3 para las preguntas 1+2, o 3+4, se considera positiva	

**\* Ver respondedores repetidos frente a respondedores por primera vez**

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que desea consultar con su profesional médico?		
2. ¿Un profesional médico alguna vez ha denegado o restringido su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedades recientes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA:</b>		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después de la actividad física?	Sí	No
5. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante la actividad física?		
6. ¿Alguna vez tiene un ritmo cardíaco acelerado, palpitaciones o arritmia (latidos irregulares) durante la actividad física?		
7. ¿Un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Un médico alguna vez le ha indicado un examen del corazón? ¿Por ejemplo, electrocardiograma (EKG) o ecocardiograma?		
9. ¿Se siente mareado o con falta de aliento más que sus amigos durante la actividad física?		
10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA</b>		
11. ¿Algún familiar o pariente ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte inesperada o inexplicada antes de los 35 años (incluido el ahogamiento o un accidente automovilístico sin explicación)?	Sí	No
12. ¿Alguna persona en su familia tiene un problema cardíaco genético como una cardiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o hcardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguna persona de su familia tiene un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>		
14. Desde su última autorización para practicar deportes, ¿ha sufrido una nueva lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?	Sí	No
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>		
15. ¿Ha recibido un diagnóstico de COVID-19?		
16. ¿Tiene tos, sibilancia o tiene dificultad para respirar durante o después de la actividad física?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo u otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto doloroso o hernia en el área de la ingle?		
19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones que aparecen y desaparecen, como herpes o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (MRSA)?		

	Sí	No
20. ¿Ha sufrido una conmoción o lesión en la cabeza que haya causado una conmoción, un dolor de cabeza prolongado o un problema de memoria?		
21. ¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas o no ha podido mover los brazos o piernas después de un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se ha enfermado al entrenar en el calor?		
23. ¿Usted o alguna persona de su familia tienen el rasgo o enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la visión?		
25. ¿Se preocupa demasiado por su peso?		
26. ¿Está intentando, o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
27. ¿Lleva una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
<b>SOLO PARA MUJERES</b>		
29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
30. ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Marque las preguntas para las que no conoce la respuesta. \* Al responder las preguntas, si es un respondedor repetido (envió anteriormente el PPE) solo responda "Sí" si es algo nuevo que le ocurrió desde la última autorización para participación atlética. Si es la primera, responda "Sí" si ocurrió alguna vez. Explique aquí las respuestas afirmativas:

**PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA CALIFICADO DE LA ESCUELA: (RN/AT)**  
Si responde sí a alguna de las preguntas anteriores, o en más de 3 preguntas sobre salud mental, desde la última autorización del atleta para la participación deportiva, se requiere una derivación y la autorización del profesional de atención médica primaria del atleta.

Por el presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del QHP de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# PHYSICAL EXAMINATION FORM\*

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN REMINDERS

### 1. Consider additional questions on more sensitive issues

- Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
- Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
- Do you feel safe at your home or residence?
- Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
- During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
- Do you drink alcohol or use any other drugs?
- Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-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?

### 2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4-Q13 of History Form)

EXAMINATION			
Height	Weight		
BP	/	( / )	Pulse
			Vision R 20/
			L 20/
			Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse MVP, aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing			
Lymph nodes			
Heart • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva)			
Lungs			
Abdomen			
Skin Herpes simplex virus(HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant Staphylococcus aureus(MRSA), or tinea corporis			
Neurological			
MUSCULOSKELETAL			
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			

\*Consider ECG, echocardiogram, echocardiography, referral to cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of these.

**HEALTHCARE PROFESSIONAL: THIS FORM [3] MUST BE USED IN CONJUNCTION WITH MEDICAL HISTORY FORM [3] AND MEDICAL CARD [5]. THIS FORM AND MEDICAL CARD MUST BE SIGNED BY MD/DO/NP/PA**

### Comments:

Name of HealthCare Professional (MD/DO,NP,PA) print or type: \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of HealthCare Professional: \_\_\_\_\_ Date of Clearance \_\_\_\_\_

**Please sign pages four and five of the pre-participation packet**

c2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

# TARJETA MÉDICA DEL ATLETA DE LA ESCUELA\*

(Padre/tutor: Completar las Secciones 1, 2 y 3. Usar letra de molde).

## Sección 1: Información de contacto/personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (R) \_\_\_\_\_ (T): \_\_\_\_\_ (C): \_\_\_\_\_ (P) \_\_\_\_\_

Otra persona autorizada para contactar en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Médico de preferencia (y permiso de contactar de ser necesario): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Seguro: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información médica

Enfermedades médicas: \_\_\_\_\_

Última vacuna contra el tétanos (mes/año): \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Aparatos ortopédicos/Férulas: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

*(Los medicamentos que se deban tomar durante la competencia requieren una nota del médico).*

Lesiones anteriores en la cabeza/cuello/espalda: \_\_\_\_\_

Trastorno de calor o rasgo de células falciformes: \_\_\_\_\_

Lesiones mayores anteriores: \_\_\_\_\_

Cualquier otra información médica importante: \_\_\_\_\_

## Sección 3: Consentimiento para acondicionamiento atlético, entrenamiento y procedimientos de atención médica

Por el presente otorgo mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa de acondicionamiento atlético y de la escuela, y para que reciba el tratamiento necesario de atención médica, como primeros auxilios, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que pueda ser proporcionado por los médicos tratantes, enfermeras, entrenadores atléticos u otros profesionales de atención médica empleados directamente o a través de un contrato por la escuela o la escuela del equipo contrario. Los proveedores de atención médica pueden tener permiso para divulgar la información médica de mi hijo a otros profesionales de atención médica y funcionarios de la escuela. Si no me pueden contactar en un caso de emergencia, otorgo mi permiso para que mi hijo sea transportado para recibir el tratamiento necesario. Comprendo que la Asociación Atlética Interescolar de Delaware o sus asociados pueden solicitar información con respecto al estado de salud del atleta, y por el presente otorgo mi permiso para la divulgación de esta información en tanto esta información no identifique a mi hijo de forma personal.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección 4: Autorización para la participación

\_\_\_\_\_ No autorizado \_\_\_\_\_ Autorizado sin restricciones \_\_\_\_\_ Autorizado con las siguientes restricciones: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de atención médica: \_\_\_\_\_ MD/DO, PA, NP Fecha: \_\_\_\_\_

Si este formulario se completa como parte del formulario complementario, no se requiere la firma del médico hasta que se realice un nuevo examen físico.

*Solo para uso de la oficina de la escuela: Esta tarjeta es válida del 1 de abril de 20 \_\_\_\_\_ al 30 de junio de 20 \_\_\_\_\_*

*Nota: Si se produce algún cambio, el padre/tutor debe completar una nueva tarjeta. La tarjeta original se debe conservar en los registros de la oficina de la enfermera de la escuela, el director atlético o el entrenador de atletismo. Se debe conservar una copia con el equipo atlético deportivo. Esta tarjeta contiene información médica personal y debe ser tratada como confidencial por la escuela, sus empleados, agentes y contratistas.*

*Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del QHP de la escuela: \_\_\_\_\_*



## Delaware Interscholastic Athletic Association Parent/ Player Concussion Information Document

A concussion is a brain injury and all brain injuries are serious. They are caused by a bump, blow, or jolt to the head, or by a blow to another part of the body with the force transmitted to the head. They can range from mild to severe and can disrupt the way the brain normally works. Even though most concussions are mild, **all concussions are potentially serious and may result in complications including prolonged brain damage and death if not recognized and managed properly.** In other words, even a “ding” or a bump on the head can be serious. You can’t see a concussion and most sports concussions occur without loss of consciousness. Signs and symptoms of concussion may show up right after the injury or can take hours or days to fully appear. If your child reports any symptoms of concussion, or if you notice the symptoms or signs of concussion yourself, seek medical attention right away.

**Symptoms may include one or more of the following:**      **Signs observed by teammates, parents and coaches may include:**

Headaches	Pressure in head	Nausea or vomiting	Appears dazed	Vacant facial expression
Neck pain	Balance problems	Dizziness	Confused about assignment	Forgets plays
Disturbed vision	Light/noise sensitivity	Sluggish	Unsure of game/score etc	Clumsy
Feeling foggy	Drowsiness	Changes in sleep	Responds slowly	Personality changes
Amnesia	“Don’t feel right”	Low energy	Seizures	Behavior changes
Sadness	Nervousness	Irritability	Loss of consciousness	Uncoordinated
Confusion	Repeating questions	Concentration problems	Can’t recall events before or after hit	

**What can happen if my child keeps on playing with a concussion or returns to soon?**

Athletes with the signs and symptoms of concussion should be removed from play immediately. Continuing to play with the signs and symptoms of a concussion leaves the young athlete especially vulnerable to greater injury. There is an increased risk of significant damage from a concussion for a period of time after that concussion occurs, particularly if the athlete suffers another concussion before completely recovering from the first one (second impact syndrome). This can lead to prolonged recovery, or even to severe brain swelling with devastating and even fatal consequences. It is well known that adolescent or teenage athletes will often under report symptoms of injuries, and concussions are no different. As a result, education of administrators, coaches, parents and students is the key for the student-athlete’s safety.

**If you think your child has suffered a concussion**

Any athlete even suspected of suffering a concussion should be removed from the game or practice immediately. No athlete may return to activity after an apparent head injury or concussion, regardless of how mild it seems or how quickly symptoms clear, without medical clearance. Close observation of the athlete should continue for several hours. You should also inform your child’s coach if you think that your child may have a concussion Remember it is better to miss one game than miss the whole season. And when in doubt, the athlete sits out.

**For current and up-to-date information from the CDC on concussions you can go to:**

**<http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html>**

**For a current update of DIAA policies and procedures on concussions you can go to:**

**<https://www.doe.k12.de.us/Page/3298>**

**For a free online training video on concussions you can go to :**

**<https://nfhslearn.com/courses?searchText=Concussion>**

***All parents and players must sign the signature portion of the PPE indicating they have read and understand the above.***

Adapted from the KHSAA, CDC and 3<sup>rd</sup> International Conference on Concussion in Sport, 4/2011



## SUDDEN CARDIAC ARREST AWARENESS SHEET

### What is Sudden Cardiac Arrest?

- An electrical malfunction (short-circuit) causes the bottom chambers of the heart (ventricles) to beat dangerously fast (ventricular tachycardia or fibrillation) and disrupts the pumping ability of the heart.
- Occurs suddenly and often without warning.
- The heart cannot pump blood to the brain, lungs and other organs of the body.
- The person loses consciousness (passes out) and has no pulse.
- Death occurs within minutes if not treated.

### What causes Sudden Cardiac Arrest?

- Conditions present at birth (inherited and non-inherited heart abnormalities)
- A blow to the chest (Comotio Cordis)
- An infection/inflammation of the heart, usually caused by a virus. (Myocarditis )
- Recreational/Performance-Enhancing drug use.
- Other cardiac & medical conditions/Unknown causes. (Obesity/Idiopathic)

### What are the symptoms/warning signs of Sudden Cardiac Arrest?

- Fainting/blackouts (especially during exercise)
- Dizziness
- Unusual fatigue/weakness
- Chest pain
- Shortness of breath
- Nausea/vomiting
- Palpitations (heart is beating unusually fast or skipping beats)
- Family history of sudden cardiac arrest at age < 50

**ANY of these symptoms/warning signs may necessitate further evaluation from your physician before returning to practice or a game.**

### What are ways to screen for Sudden Cardiac Arrest?

- The American Heart Association recommends a pre-participation history and physical including 12 important cardiac elements.
- **The DIAA *Pre-Participation Physical Evaluation - Medical History* form includes ALL 12 of these important cardiac elements and is mandatory annually. Please answer the heart history questions on the student health history section of the DIAA PPE carefully.**
- Additional screening using an electrocardiogram and/or an echocardiogram is readily available to all athletes, but is not mandatory.

### Where can one find additional information?

- Contact your primary care physician
- American Heart Association ([www.heart.org](http://www.heart.org))
- August Heart ([www.augustheart.org](http://www.augustheart.org))
- Championship Hearts Foundation ([www.champhearts.org](http://www.champhearts.org))
- Cody Stephens Foundation ([www.codystephensfoundation.org/](http://www.codystephensfoundation.org/))
- Parent Heart Watch ([www.parentheartwatch.com](http://www.parentheartwatch.com))
- NFHS Learn Center - Sudden Cardiac Arrest Video ([www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com))

**All parents and players must sign the signature portion of the PPE indicating they have read and understand the above.**