

LAKE COUNTY SCHOOL DISTRICT



ACTIVIDAD/ATLETISMO FORMAS REQUERIDAS

Formulario de Consentimiento de Emergencia del Condado de Lake

Nombre de estudiante: _____

Nombre de los padres/tutor(es): _____

Dirección de casa: _____

Dirección de envío: _____

Número de teléfono de casa: Número de _____ teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

N.º DE TELÉFONO DE EMERGENCIA (si no está en casa o en el trabajo): _____

Compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Complicaciones médicas: _____

Yo, _____ padre de familia _____ en consideración a la oportunidad de mi hijo de participar en actividades interescolares, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de emergencia, hospitalización u otro tratamiento médico que sea necesario para el bienestar del niño mencionado anteriormente, por un médico, enfermera calificada, y/u hospital, en caso de lesión o enfermedad durante todos los períodos de tiempo en los que el estudiante esté fuera de su residencia legal como miembro del programa de actividades interescolares del Distrito Escolar del Condado de Lake, y por la presente renuncio en mi nombre y en el de el niño mencionado anteriormente cualquier responsabilidad del distrito escolar, cualquiera de sus agentes o empleados, que surja de dicho tratamiento médico.

Soy consciente de que a mi estudiante se le permitirá participar en cualquier actividad extracurricular sin un seguro vigente en los archivos del distrito escolar.

_____ Mi estudiante está cubierto por nuestro plan de seguro actual.

_____ Mi estudiante actualmente NO está cubierto por un plan de seguro médico.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

EXÁMENES MÉDICOS Y REQUISITOS DE SEGURO

Todos los estudiantes-atletas que participen en actividades extracurriculares deben tener un examen físico actualizado y un seguro registrado en el Departamento de Actividades/Atletismo del Condado de Lake. **NINGÚN ESTUDIANTE-ATLETA PODRÁ PRACTICAR O PARTICIPAR SIN UN EXAMEN FÍSICO ACTUAL Y SEGURO EN EL ARCHIVO.**

POR FAVOR UTILICE EL FORMULARIO EN LA ÚLTIMA PÁGINA PARA LLEVARLO AL CONSULTORIO O CLÍNICA DE SU MÉDICO.

PROMESA DEL ESTUDIANTE DEL CÓDIGO DE ÉTICA

*Si soy seleccionado para representar al condado de Lake Actividades Escolares/Programa de Atletismo, me esforzaré sinceramente por contribuir lo mejor que pueda al éxito de ese programa. Entiendo que represento a mi familia, escuela y comunidad. Entiendo que mi participación en el Condado de Lake El programa de actividades no es un derecho, **sino un privilegio** . Es importante que presente una imagen positiva y sirva como modelo a seguir para los demás. Por lo tanto, acepto cumplir con las disposiciones del siguiente “Código de Conducta”. También soy consciente de que si no cumplo con este acuerdo, debo aceptar las consecuencias de mi comportamiento, que pueden incluir el despido de las actividades o programa(s) de atletismo. Me doy cuenta de que si se violan las políticas de la escuela, se aplicarán los procedimientos y las sanciones de esas políticas además de las descritas en las siguientes reglas de conducta para los participantes.*

*En cualquier momento, desde el primer día de vacaciones de verano, hasta el último día de clases o un año calendario (grados 6 a 12), que tenga un contrato con la escuela, no poseeré, usaré, consumiré, venderé, distribuiré o estar bajo la influencia de cualquier bebida que contenga alcohol, sustancia controlada, imitación de sustancia controlada, esteroides, parafernalia de drogas o cualquier sustancia definida por la ley como una droga ilegal. **Está no es una violación de la política que un estudiante esté en posesión de un título definido legalmente medicamento recetado específicamente para el uso del estudiante por su médico. De todos modos, eso es una violación usar cualquier droga para un propósito que no sea el uso prescrito.** En un esfuerzo por desarrollar consistencia y uniformidad dentro de este programa, los siguientes se hará cumplir la política de abuso de sustancias. Un estudiante estará en violación de esta política si la violación se verifica verbalmente. y/o por escrito por:*

- 1. Un oficial de la ley*
- 2. Un médico oficial*
- 3. Un miembro de la facultad*
- 4. Un administrador escolar*
- 5. El padre de ese estudiante/atleta*
- 6. La confesión de ese estudiante/atleta con el padre/tutor presente*
- 7. Un entrenador/patrocinador*

Nota : No se utilizarán fuentes de oídas y/o anónimas para comprobar las infracciones de esta política.

Nombre del estudiante (letra de imprenta): _____

Firma del estudiante _____

Fecha de firma _____ Nivel de grado _____

CÓDIGO DE ÉTICA COMPROMISO DE LOS PADRES

Al firmar este documento, reconozco que he leído el Manual de Actividades/Atletismo del Condado de Lake y entiendo las posibles consecuencias si mi hijo viola esta política y acepto lo siguiente:

- Permanecer en la zona de espectadores durante las competiciones
- No asesorar al entrenador sobre cómo hacer el trabajo.
- Abstenerse de entrenar a cualquier estudiante durante el concurso.
- Abstenerse de hacer comentarios insultantes a los jugadores, padres, oficiales o entrenadores de cualquiera de los equipos.
- Abstenerse de beber alcohol en un concurso o asistir a un concurso después de haber estado bebiendo
- Animar a mi equipo, no al otro equipo
- Mostrar interés, entusiasmo y apoyo para mi estudiante y otros estudiantes también
- Estar en control de mis emociones
- Ayuda cuando me lo pide un entrenador o administrador
- Sea un buen modelo a seguir y agradezca a los entrenadores, funcionarios, administradores y otros trabajadores en los eventos escolares.

Entiendo que se espera que cumpla con estas pautas como padre/tutor de un estudiante participante y reconozco que el incumplimiento del manual de actividades/atletismo, las políticas escolares y las expectativas de administración del juego puede resultar en mi expulsión o prohibición de eventos escolares y también puede resultar en la remoción o prohibición de la participación de mi estudiante en atletismo/actividades.

Nombre de los padres (letra de imprenta) _____

Firma de los padres _____

Fecha de firma: _____

ADVERTENCIA A ESTUDIANTES Y PADRES

LESIONES SERIAS, CATASTRÓFICAS Y QUIZÁS FATALES PUEDEN RESULTAR DE LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA.

Por su propia naturaleza, el atletismo competitivo puede poner a los estudiantes en situaciones en las que pueden ocurrir ACCIDENTES SERIOS, CATASTRÓFICOS y tal vez FATALES.

Muchas formas de competencia atlética resultan en contacto físico violento entre jugadores, el uso de equipo que puede resultar en accidentes, contacto físico extenuante entre jugadores, uso de equipo que puede resultar en accidentes, esfuerzo físico extenuante y muchas otras exposiciones al riesgo de lesión.

Los estudiantes y los padres deben evaluar los riesgos involucrados en dicha participación y tomar su decisión de participar a pesar de esos riesgos. Ninguna cantidad de instrucción, precaución o supervisión eliminará totalmente el riesgo de lesiones. La participación atlética de los estudiantes es inherentemente peligrosa. La consideración de los padres y estudiantes al tomar esta decisión de participar no se puede exagerar. Ha habido accidentes con resultado de muerte, paraplejía, cuadriplejía y otros impedimentos físicos permanentes muy graves como resultado de la competencia atlética.

Al otorgar permiso para que su estudiante participe en una competencia atlética, usted, el padre o tutor, reconoce que existe dicho riesgo. Al elegir participar, usted, el estudiante, reconoce que existe dicho riesgo.

Se instruirá a los estudiantes en las técnicas apropiadas para ser usadas en competencias atléticas y en la utilización adecuada de todo el equipo usado o usado en prácticas y competencias. Los estudiantes deben adherirse a esa instrucción y utilización y deben abstenerse de usos y técnicas inapropiadas.

Como se indicó anteriormente, ninguna cantidad de instrucción, precaución y supervisión eliminará totalmente todo riesgo de lesiones graves, catastróficas o incluso fatales.

Si algo de lo anterior no se comprende por completo, comuníquese con el director de atletismo o el director de su escuela para obtener más información.

Al firmar este documento, reconozco que he leído, comprendo y acepto el material contenido en el Aviso para atletas y padres/tutores.

Nombre del estudiante _____ Deporte/Actividad _____

Firmado _____
Padre o guardián

Fecha _____

Firmado _____
Alumno

Fecha _____

Política de Medios Públicos y Redes Sociales para Estudiantes-Deportistas

Medios públicos : Los medios públicos se refieren a tecnologías utilizadas para comunicar mensajes y cuya misión es servir o atraer a un público. Los dominios de medios públicos incluyen medios impresos, transmisiones tradicionales y digitales. Al utilizar cualquier medio de comunicación público, se espera que los estudiantes-atletas se comporten de manera responsable como miembros de su respectivo equipo, el Departamento de Atletismo, el Distrito Escolar del Condado de Lake y la comunidad.

Redes sociales : los sitios de redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter y otras plataformas digitales y mecanismos de distribución facilitan la comunicación de los estudiantes con otros estudiantes. La participación en dichas redes tiene tanto un atractivo positivo como consecuencias potencialmente negativas. Es importante que el estudiante-atleta del condado de Lake sea consciente de estas consecuencias y ejerza la precaución adecuada si decide participar.

Los estudiantes-atletas no tienen restricciones para usar cualquier sitio de redes sociales en línea y plataformas digitales. Sin embargo, los usuarios deben comprender que se espera que cualquier contenido que hagan público a través de redes sociales en línea o plataformas digitales siga comportamientos sociales aceptables y también cumpla con las normas del gobierno federal, el estado de Colorado, las escuelas del condado de Lake, Frontier & Western Slope League y Colorado. Normas y reglamentos de la Asociación de Actividades de la Escuela Secundaria (CHSAA).

Facebook y directorios similares están alojados fuera del servidor de las Escuelas del Condado de Lake. Las infracciones de la política escolar (por ejemplo, lenguaje acosador, infracciones de la política de drogas o alcohol de la universidad, infracción de derechos de autor, etc.) o la evidencia de dichas infracciones en el contenido de las redes sociales en línea o plataformas digitales están sujetas a investigación y sanción en virtud del *Código de conducta estudiantil*. *Conducta* y otras políticas escolares del condado de Lake. También están sujetos a la autoridad de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

Corresponde a los estudiantes-atletas estar al tanto de todas las regulaciones. El desconocimiento de estos reglamentos no excusa a los estudiantes-atletas de adherirse a ellos.

Directrices para estudiantes deportistas

Las pautas escolares están destinadas a proporcionar un marco para que los estudiantes atletas se comporten de manera segura y responsable en un entorno en línea. Como estudiante-atleta en las Escuelas del Condado de Lake usted debe:

1. Tenga cuidado con la cantidad y el tipo de información de identificación que publica en los sitios de redes sociales. Prácticamente cualquier persona con una dirección de correo electrónico puede acceder a su página personal. No es prudente poner a disposición información como la fecha de nacimiento, el número de seguro social, la dirección, el número de teléfono, los números de teléfono celular, los horarios de clases, la información de la cuenta bancaria o los detalles sobre su rutina diaria. Todos estos pueden facilitar el robo de identidad, el acecho, etc. Facebook y otros sitios brindan numerosas configuraciones de privacidad para la información contenida en sus páginas; utilice esta configuración para proteger la información privada. Sin embargo, una vez publicada, la información pasa a ser propiedad del sitio web.
2. Tenga en cuenta que los posibles empleadores actuales y futuros a menudo acceden a la información que usted coloca en los sitios de redes sociales en línea. Debe pensar en cualquier información que publique en Facebook o directorios similares que puedan proporcionar una imagen suya a un posible empleador. La información se considera información pública. Protéjase manteniendo una imagen en línea de la que pueda estar orgulloso dentro de muchos años.

3. Tenga cuidado al responder correos electrónicos no solicitados que soliciten contraseñas o números PIN. Las empresas acreditadas no solicitan esta información en los correos electrónicos y los perpetradores de phishing utilizan muchos métodos únicos para engañar a las personas para que hagan clic en enlaces, brinden información u otorguen acceso que pueda interrumpir la red.

4. Si bien tiene derecho a la libertad de expresión, debe comprender las implicaciones potenciales del discurso que elija usar. La libertad de expresión no significa necesariamente estar completamente libre de los efectos de esa expresión. Sé sabio con tus palabras.

Conducta prohibida: Los estudiantes-atletas son representantes altamente visibles de la escuela y se espera que defiendan los valores y responsabilidades de la escuela mientras cumplen con todos los requisitos establecidos por nuestras ligas de atletismo (Frontier/Peaks Leagues), CHSAA y Lake County Athletics and Programa de actividades. El Departamento de Atletismo del Condado de Lake prohíbe el comportamiento malicioso e imprudente al utilizar los medios de comunicación públicos. Es importante que los estudiantes-atletas reconozcan el poder de los dominios de los medios públicos y la imagen potencialmente negativa que pueden representar sobre los estudiantes-atletas, entrenadores, patrocinadores, el programa de atletismo/actividades y la institución.

Sanciones: cualquier actividad o lenguaje inapropiado que viole las prohibiciones anteriores, incluidas las infracciones por primera vez, está sujeto a investigación y posible sanción por parte de las Escuelas del Condado de Lake y/o el Departamento de Atletismo, así como de las autoridades civiles. Las sanciones impuestas por el Director de Atletismo pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Notificación por escrito del Director de Atletismo/Actividades o su cesionario al estudiante-atleta describiendo la política y requiriendo que se elimine el contenido inaceptable o se desactive el perfil de la red social.
- Suspensión temporal del equipo/programa hasta que se cumplan las condiciones prescritas.
- Suspensión del equipo/programa por un período prescrito.
- Suspensión indefinida del equipo/programa.
- Despido del equipo/programa.

Convenio

Entiendo y acepto que debo conocer, comprender y seguir las normas contenidas en la Política de Redes Sociales y Medios Públicos de Atletismo del Distrito Escolar del Condado de Lake para Estudiantes-Atletas y Participantes del Programa de Actividades. Además, entiendo y acepto que soy responsable de conocer, comprender y seguir las reglas, políticas y procedimientos contenidos en el Manual del Estudiante del Condado de Lake completo.

Firma

Nombre impreso

Deporte/Actividad

Fecha

**ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD
PARA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES**

***(AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED RENUNCIA A CIERTOS DERECHOS LEGALES,
INCLUYENDO EL DERECHO A DEMANDAR. ¡POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!)***

Debido a la pandemia de COVID-19, el Distrito Escolar del Condado de Lake R-1 ("Distrito") está ofreciendo actividades de verano modificadas. La participación en las actividades extracurriculares del Distrito es totalmente voluntaria y corre el riesgo exclusivo del participante. **COVID-19 es extremadamente contagioso** y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federal, estatal y local y las agencias de salud recomiendan el distanciamiento social y, en algunos lugares, han prohibido las grandes reuniones de personas. El Distrito está implementando medidas preventivas destinadas a reducir el riesgo de transmisión de COVID-19 durante sus actividades. Sin embargo, el Distrito **no puede garantizar** que un participante no se infecte con COVID-19. **Participar en las actividades de verano del Distrito podría aumentar el riesgo de un participante de contraer COVID-19**. Los participantes deberán cumplir con las políticas, normas y reglamentos del Distrito durante las actividades de verano, incluidas las medidas implementadas por el Distrito para reducir el riesgo de transmisión de COVID-19. Los participantes que no cumplan con dichas medidas no podrán participar.

ASUNCIÓN DE RIESGO:

Como el padre o tutor legal abajo firmante del participante identificado anteriormente ("Niño"), entiendo y reconozco que la participación del Niño en las actividades extracurriculares del Distrito ("Actividades") implica riesgos y peligros inherentes, que incluyen, entre otros, deshidratación, calor agotamiento, insolación, ahogamiento, asfixia, hipotermia, congelación, quemaduras solares, deshidratación, resbalones, caídas, quemaduras con cuerdas, pellizcos, raspaduras, torceduras y sacudidas que podrían provocar rasguños, ampollas, quemaduras, dolor muscular, hematomas, esguinces, dislocaciones, laceraciones, fracturas, conmociones cerebrales, paraplejía, cuadriplejía, transmisión de enfermedades transmisibles, que incluyen, entre otras, la COVID-19, u otro impedimento físico permanente grave e incluso la muerte, así como daños y pérdidas materiales menores o catastróficos. No es posible obtener una lista completa de los riesgos inherentes y de otro tipo. También hay riesgos que no se pueden anticipar.

Por la presente doy mi permiso para que el Niño participe en las Actividades. Acepto libremente y asumo completamente todos los riesgos, peligros, costos de la participación del Niño en las Actividades. Declaro que el Niño no tiene condiciones médicas o físicas que puedan interferir con la seguridad del Niño o la seguridad de otros mientras participa en las Actividades. Entiendo y acepto que (i) el Distrito no tiene ningún seguro médico/dental/de hospitalización que cubra a los estudiantes por lesiones sufridas mientras participan en las Actividades y actividades relacionadas; (ii) el Distrito y sus empleados, contratistas, agentes y voluntarios pueden acompañar y admitir al Niño en un centro médico o buscar servicios de transporte médico de emergencia para el Niño con el fin de recibir tratamiento médico y quirúrgico de emergencia en un centro médico por un médico o otro proveedor de atención médica con licencia, entendiendo que primero se harán intentos razonables para comunicarse conmigo en la

información de contacto que proporcioné al Distrito, si el tiempo y las condiciones lo permiten, y que soy el único responsable de los costos asociados con esto; y (iii) Yo asumo todos los costos de lesiones al Niño o daños a la propiedad del Niño.

Reconozco y acepto que el Niño deberá cumplir con todas las políticas, normas, reglamentos e instrucciones del Distrito, sus empleados, contratistas, agentes y voluntarios, incluidos los implementados para reducir el riesgo de transmisión de COVID-19, en relación con el Niño. participación en las Actividades o el uso de cualquier equipo provisto para promoverlas, y reconozco que el Distrito suspenderá o revocará la participación del Niño en las Actividades si el Niño no cumple con dichas políticas, reglas, regulaciones e instrucciones.

Entiendo que el Distrito no puede aceptar y no tendrá ninguna responsabilidad por los actos u omisiones intencionales o negligentes del Niño o de un tercero, incluida la responsabilidad del producto, que ocurran durante la participación del Niño en las Actividades.

INFORMACIÓN SOBRE LAS ARTES ESCÉNICAS:

Los participantes en las artes escénicas seguirán pautas estrictas para garantizar la seguridad de todos. Sin embargo, se entiende que los estudiantes de artes escénicas necesitan acceso sin obstrucciones al aire para un ensayo y una técnica de interpretación adecuados. Cuando no estén ensayando o actuando activamente, se les pedirá a los estudiantes que usen una máscara según las pautas escolares en ese momento. Se entiende que se trata de actividades de mayor riesgo.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, EXENCIÓN DE RECLAMACIONES:

En consideración de que el Distrito permita que el Niño participe en las Actividades, en nombre del Niño y mío, por la presente acepto expresamente lo siguiente:

1. RENUNCIAR A CUALQUIER RECLAMO, ya sea conocido o desconocido, existente ahora o que surja en cualquier momento en el futuro que yo o en nombre del Niño tenga contra el Distrito, sus funcionarios electos, directores, funcionarios, empleados, contratistas, agentes y voluntarios (denominados colectivamente en lo sucesivo como las "Partes Exoneradas"), que surjan directa o indirectamente de la participación del Niño en las Actividades.
2. EXONERAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A LAS PARTES EXONERADAS de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, causas de acción, pérdidas, daños, lesiones o gastos que el Niño pueda sufrir como resultado, entre otros, de la participación del Niño en las Actividades. .
3. PARA INDEMNIZAR A LAS PARTES LIBERADAS y a cada una de ellas por todos y cada uno de los gastos incurridos, incluidos, entre otros, los honorarios y costos de abogados, como resultado de cualquier reclamo presentado contra cualquiera de las Partes Liberadas por cualquier persona relacionada de alguna manera con los actos del Niño. u omisiones o como resultado de una lesión o pérdida sufrida por el Niño mientras participa en las Actividades.

4. QUE ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD será efectiva y vinculante para mis herederos, parientes más cercanos, albaceas, administradores y cesionarios, en caso de mi muerte o incapacidad.
5. QUE LOS TÉRMINOS DE ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD se aplicarán y tendrán prioridad sobre cualquier acuerdo anterior o acuerdo escrito, representación, términos o condiciones en contrario, y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el resto continuará , no obstante, en pleno vigor y efecto legal.
6. QUE ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD se registrá, interpretará de conformidad con las leyes y se hará cumplir en los tribunales federales y estatales del Estado de Colorado.

HE LEÍDO COMPLETAMENTE Y ENTIENDO ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO, RENUNCIA Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD POR LAS ACTIVIDADES Y ACEPTO ESTAR OBLIGADO POR ELLA. HE TENIDO SUFICIENTE OPORTUNIDAD DE LEER LO ANTERIOR, DE CONSULTAR CON UN ABOGADO EN LA MEDIDA EN QUE LO HE CONSIDERADO NECESARIO, TENGO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, COMPRENDER ESTE DOCUMENTO COMPLETO, CONSIDERAR SUS EFECTOS Y ACEPTO ESTAR OBLIGADO POR SUS TÉRMINOS. RECONOZCO QUE LA PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN LA ACTIVIDAD ES VOLUNTARIA. SOY CONSCIENTE DE QUE AL FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN ESTOY RENUNCIA A CIERTOS DERECHOS LEGALES QUE PUEDO TENER EN NOMBRE DEL NIÑO Y/O MÍ MISMO DE INICIAR ACCIÓN LEGAL CONTRA EL DISTRITO. FIRMO ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD A CONOCIMIENTO, VOLUNTARIAMENTE Y POR MI PROPIA VOLUNTAD.

Padre(s)/tutor(es)/custodio(s) legal(es)

Firma: _____

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL PARTICIPANTE

Reconozco y acepto que cumpliré con todas las políticas, normas, reglamentos e instrucciones del Distrito, sus empleados, contratistas, agentes y voluntarios, en relación con mi participación en las Actividades o el uso de cualquier equipo proporcionado en cumplimiento de las mismas.

Firma del alumno

Fecha: _____



PARENT OR GUARDIAN PERMIT FOR ATHLETIC PARTICIPATION

WARNING: Although participation in supervised interscholastic athletics and activities may be one of the least hazardous in which any student will engage in or out of school, **BY ITS NATURE, PARTICIPATION IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS INCLUDES A RISK OF INJURY WHICH MAY RANGE IN SEVERITY FROM MINOR TO LONG-TERM CATASTROPHIC INJURY.** Although serious injuries are not common in supervised school athletic programs, it is impossible to eliminate this risk.

PLAYERS MUST OBEY ALL SAFETY RULES, REPORT ALL PHYSICAL PROBLEMS TO THEIR COACHES, FOLLOW A PROPER CONDITIONING PROGRAM, AND INSPECT THEIR OWN EQUIPMENT DAILY.

By signing this Permission Form, we acknowledge that we have read and understood this warning. **PARENTS OR STUDENTS WHO DO NOT WISH TO ACCEPT THE RISKS DESCRIBED IN THIS WARNING SHOULD NOT SIGN THIS PERMISSION FORM.** By signing this form it allows my student's medical information to be shared with appropriate medical staff when necessary in compliance with HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) Regulations.

I hereby give my consent for _____ to compete in athletics for _____ High School in Colorado High School Activities Association approved sports, except as listed on back, and I have read and understand the general guidelines for eligibility as outlined in the CHSAA *Competitor's Brochure*.

Parent or Guardian Signature _____ Date _____

I have read, understand and agree to the General Eligibility Guidelines as outlined in the CHSAA *Competitor's Brochure*.

Student Signature _____ Date _____

NO STUDENT SHALL REPRESENT THEIR SCHOOL IN INTERSCHOOL ATHLETICS UNTIL THERE IS A STATEMENT ON FILE WITH THE SUPERINTENDENT OR PRINCIPAL SIGNED BY HIS/HER PARENT OR LEGAL GUARDIAN AND A SIGNED PHYSICAL FORM CERTIFYING THAT HE/SHE HAS PASSED AN ADEQUATE PHYSICAL EXAMINATION WITHIN THE PAST YEAR, NOTING THAT IN THE OPINION OF THE EXAMINING PHYSICIAN, PHYSICIAN'S ASSISTANT, NURSE PRACTITIONER OR A CERTIFIED/REGISTERED DOCTORS OF CHIROPRACTIC THAT ARE SCHOOL PHYSICAL CERTIFIED, IS PHYSICALLY FIT TO PARTICIPATE IN HIGH SCHOOL ATHLETICS; THAT STUDENT HAS THE CONSENT OF HIS/HER PARENTS OR LEGAL GUARDIAN TO PARTICIPATE; AND, THE PARENT AND PARTICIPANT HAVE READ, UNDERSTAND AND AGREE TO THE CHSAA GUIDELINES FOR ELIGIBILITY.

NOTE: It is strongly recommended by the Colorado Department of Health that individuals participating in athletic events have current tetanus boosters. Tetanus boosters are recommended every 10 years throughout life. Boosters are recommended at the time of injury if more than five years have elapsed since the last booster.

If significant intervening illnesses and/or injuries have occurred, a more complete physical examination should be conducted. The physical examination form must be signed by a practicing physician, physician assistant, or nurse practitioner.

If a student athlete has been injured in practice and/or competition, the nature of which required medical attention, the student athlete should not be permitted to return to practice and/or competition until he/she has received a release from a practicing physician.

NOTE: The CHSAA urges an adequate physical examination be given when a student athlete changes levels of competition, i.e. Little League to Middle School, Middle School to High School.

CHSAA RECOMMENDS the American Academy of Pediatrics preparticipation physical evaluation forms for a more comprehensive preparticipation evaluation. Follow the links provided for access to the AAP's forms.
History Form The Athlete with Special Needs: Supplemental History Form Physical Examination Form Clearance Form

■ 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: _____

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 preparparticipación 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

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	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 tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
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?		
ÚNICAMENTE MUJERES	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: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____