

# Declaración de Aseguranza

Es la regla de Decorah Community School District que los estudiantes participando en los deportes enterscholares tengan aseguranza de la escuela en caso de accidente o que firmen la declaración incluida indicando que no quieren cobertura.

(La escuela no está forzando a nadie comprar aseguranza, sino solo firmar una declaración que están informados del plan de aseguranza escolar.)

\_\_\_\_\_ Deseo \_\_\_\_\_ No deseo

que \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) tenga aseguranza con el plan de aseguranza distribuido por la escuela.

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_ (Firma del padre/madre)

.....

## Reconocimiento de Riesgo

Nos damos cuenta que hay una posibilidad que un jugador pueda sufrir una herida seria, incluso parálisis permanente o muerte, como resultado de actividades deportivas.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL JUGADOR - ESCRITO      NOMBRE DE LA ESCUELA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JUGADOR      FIRMA DE PADRE/MADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA

UPPDATED MARCH 10, 2015

## Decorah Community Schools

### Paquete de Elegibilidad Deportivat

\_\_\_\_\_  
(Nombre del estudiante-atleta)

\_\_\_\_\_  
(Grado)

\_\_\_\_\_  
(Año Escolar)

#### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR:

1. Complete la información de arriba.
2. Haga una cita con un profesional autorizado para completar la sección designada en el formulario de chequeo físico.
3. Esté seguro que todas las firmas necesarias detalladas abajo están incluidas.
4. Devuelva el paquete de elegibilidad completado a la oficina de deportes.

#### FIRMAS NECESARIAS:

- Estudiante - página 4
- Guardián - páginas 3 y 4
- Profesional Autorizado (Doctor) - página 3

UPPDATED MARCH 10, 2015

## Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

**Artículo VII 36.14 (I) Examen Físico.** Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano higienistas, médico, cirujano osteopático, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

**Cuestionario para la Participación Atlético** (por favor escribir a máquina o imprimir ordenadamente esta información)

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número del teléfono \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_  
**HISTORIA DE LA SALUD** (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-alta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en el otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

- SI No ¿Tenga este estudiante uno cualquiera...?**
1. Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida?
  2. Enfermedad que dura más de una (1) semana?
  3. El Asma o dificultad que respira durante ejercicio?
  4. Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?
  5. La Diabetes?
  6. Epilepsia u otros ataques?
  7. Llevar lentes o lentillas?
  8. La infección del herpes o MRSAS?
  9. Hospitalizaciones (de noches o más largo)?
  10. El Síndrome de Marfan?
  11. Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?
  12. La fiebre Reumática, el mononucleosis?
  13. Las tórnas o frecuentes dolores de cabeza?
  14. La cirugía?
  15. Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?
  16. El mareo o desmayar con ejercicio?
  17. Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?
  18. Los problemas cardíacos (compitiendo, el mummulo, golpes saltados, la infección, etc.)?
  19. La hipertensión o el colesterol alto?

- SI No ¿Tenga este estudiante uno cualquiera...?**
20. La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
  21. La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
  22. El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armanetas o piernas con contacto?
  23. El misticulo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?
  24. Fractura, la fractura por sobrecarga o articulación dislocada?
  25. Las heridas que requieren el tratamiento médico?
  26. La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
  27. La herida del cuello?
  28. Aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, equipos de protección?
  29. Otras heridas articulación graves?
  30. Doloroso abultamiento o hemia en la ingle?
  31. Rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, terapia física?
  32. Un médico ha negado nunca o restringido su participación en los deportes por cualquier razón?
  33. Tiene alguna duda que le gustaría discutir con su proveedor de atención médica?

### SI No Historia de Familia

34. En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
35. Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inesplicada antes de la edad de 50 años?
36. Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?
37. Tiene alguien en su familia habla inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?
38. Alguien en su familia tiene asma?
39. Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "SI" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional.

40. ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? SI, lista: \_\_\_\_\_

41. Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluyendo inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para: \_\_\_\_\_

42. Año del último conocido. El véano inyección \_\_\_\_\_ Vacunación de Meningitis \_\_\_\_\_ Vacunación de Influenza \_\_\_\_\_

43. ¿Qué es si más y menos usted ha pasado en el año pasado? Mayoría \_\_\_\_\_ Menos \_\_\_\_\_

44. ¿Esta usted contento con su peso actual? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### PARA MUJERES SOLO.

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer periodo menstrual? \_\_\_\_\_
2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre periodos menstruales? \_\_\_\_\_

**Registro Físico del Examen** (Ser completado por un médico profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(I). Esta evaluación es de solo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.)

Nombre de atleta \_\_\_\_\_ La altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Pulso \_\_\_\_\_ Tensión \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Repita si anormal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_) la Visión R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan s)	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Igualar/ no igual)	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____
5. El cuello	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____
7. El corazón (Parandose & Mintiendo)	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____
11. Pele	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____
13. El misticulo esquelético-RDM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____
Los comentarios con respecto a conclusiones anormales -	_____	_____

### La Recomendación Atlético de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales

#### REFLETO & LIMITADA PARTICIPACION

LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificado)

Béisbol \_\_\_\_\_ Baloncesto \_\_\_\_\_ Fútbol americano \_\_\_\_\_ Golf \_\_\_\_\_  
 Béisbol para chicas \_\_\_\_\_ Natación \_\_\_\_\_ Tenis \_\_\_\_\_ Fútbol (correr) \_\_\_\_\_ Voleibol \_\_\_\_\_ Lucha \_\_\_\_\_  
 Lanzamiento \_\_\_\_\_

Espacio Libre pendiente documentado sigue de \_\_\_\_\_  
 No aprobado para la Participación Atlético debido a: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico Licenciado Profesional (Imprimió) \_\_\_\_\_ La Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Médico Licenciado Profesional \_\_\_\_\_ Número del teléfono \_\_\_\_\_

**El Dermiso y la liberación de los Padres o el Guardián** (Firme después del examen físico se ha completado.)  
 Yo verifico la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. Doy también mi permiso para el médico del equipo, entrenador atlético, u otro personal calificado para dar los primeros auxilios el tratamiento a mi hijo o la hija en un acontecimiento atlético en caso de la herida.

El nombre del padre/guardián (Imprimió) \_\_\_\_\_ Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio (Aparados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera) \_\_\_\_\_ El número del teléfono \_\_\_\_\_

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética, Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser contactada a esta forma.