



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

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 o M): _____

¿Ha tenido COVID-19? (opcional) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis

Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

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		Sí	No
(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).			
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	No está seguro/a	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 metilina (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 tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
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?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL (opcional)	N/A	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: _____



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

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
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 of exam: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA



■ 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 of exam: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

Student-Athlete Authorization for Disclosure of Protected Health Information

I, _____ parent or guardian of student/athlete _____

Hereby authorize the physicians, athletic trainers, sports medicine staff and other health care personnel representing UNC Health Blue Ridge to release information regarding the student-athlete's protected health information and related information regarding any injury or illness during the student-athlete's training for and participation in athletics at (name of school) _____ School. This protected health information may concern the student-athlete's medical status, medical condition, injuries, prognosis, diagnosis athletic participation status and related individually identifiable health information. This protected health information may be released to other health care providers, hospitals and/or medical clinics and laboratories, pertinent athletic coaches, medical insurance coordinators, athletic and/or school administrators, chaplains and/or clergy members and officials of the North Carolina High School Athletic Association. I understand that as a parent/legal guardian, my authorization/consent to the disclosure of the student-athlete's protected health information is a condition for the student-athlete's participation in interscholastic sports at the school. I understand that the student-athlete's protected health information is protected under federal law. I, the parent/legal guardian, understand that I may refuse to sign this authorization, but, if I do, the school may not allow the student-athlete to participate in interscholastic sports. I may revoke this authorization at any time by notifying the school's athletic director in writing, but if I do, it will not have any effect on actions taken in reliance of my prior authorization. This authorization expires one year from the date it is signed.

Printed Student-Athlete Name

Parent/Legal Guardian Signature Date

Witnessed by (School Official, SMC Staff or Notary) Date

05/19/2022



Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller–Waller de NCHSAA

¿Qué es una concusión? Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

¿Cómo sé si tengo una concusión? Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado(a)
	Mareo	Llorar más	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu padre/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)? Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu padre/madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión? Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas teniendo una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión? Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu padre/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde) _____

Iniciales del estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tutc

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitaré el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

ELEGIBILIDAD, PERMISO PARA PARTICIPAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DIVULGACIÓN

El estudiante-atleta y los padres/tutores legales del estudiante-atleta deben leer esta declaración detenidamente y firmar donde sea necesario. Al firmar este formulario, todas las partes aceptan que han completado con precisión todas las secciones del formulario y han leído y aceptado los términos de este formulario tal como se detallan.

Este documento debe ser firmado por el estudiante-atleta de una escuela miembro de NCHSAA y los padres/tutores legales del estudiante-atleta antes de participar. Los estudiantes-atletas no pueden participar sin la firma del estudiante-atleta y de sus padres/tutores legales.

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutores legales del estudiante-atleta) hemos leído y comprendido las reglas de elegibilidad aplicables a la participación en deportes a través de la Asociación Atlética de Escuelas Preparatorias de Carolina del Norte (NCHSAA). Entendemos que hay una copia del Manual de la NCHSAA archivada con el director y/o director deportivo de la escuela miembro, que el Manual está disponible en el sitio web de la NCHSAA (nchsaa.org) sin costo y que podemos revisarlo en su totalidad, si así lo elegimos. Sabemos que nuestra escuela es miembro de la NCHSAA y debe cumplir con todas las regulaciones que rigen los programas deportivos interescolares, incluidas, entre otras, las leyes federales y estatales, las regulaciones locales, las reglas adoptadas por la Junta de Educación del Estado y las reglas de la NCHSAA. Aceptamos seguir las reglas de nuestra escuela y las de la NCHSAA y cumplir con las decisiones de la escuela y la NCHSAA. Reconocemos y entendemos que la participación en el atletismo interescolar es un privilegio, no un derecho. Entendemos que el rendimiento académico en las clases, abandonar una clase o realizar trabajos de curso a través de otras opciones educativas podrían afectar la elegibilidad para participar en deportes.

CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE

Como estudiante-atleta, yo entiendo y acepto las siguientes responsabilidades:

- Yo respetaré los derechos y creencias de los demás y los trataré con cortesía y consideración.
- Yo seré totalmente responsable de mis propias acciones y de las consecuencias de mis acciones.
- Yo respetaré la propiedad de los demás.
- Yo respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Yo mostraré respeto a quienes son responsables de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Yo entiendo que un estudiante cuyo carácter o conducta viola el Código Atlético de la escuela o el Código de Responsabilidad Escolar podría ser considerado no elegible por

un período de tiempo según lo determine el director o la administración del sistema escolar.

EXENCION DE RESPONSABILIDAD Y DIVULGACION

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) reconocemos que la participación en deportes inter escolares implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves que incluyen, entre ellas, la muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna que pueden provocar una parálisis total o parcial, lesiones graves en los órganos internos, lesiones graves en todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, lesiones graves o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos sobre la salud general y el bienestar del niño. Aunque la muerte y las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todos los riesgos. Debido a estos riesgos inherentes, reconocemos la importancia de que el estudiante-atleta siga las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas del equipo. Reconocemos que tenemos la responsabilidad de ayudar a reducir ese riesgo. Entendemos que los estudiantes-atletas deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado e inspeccionar su propio equipo diariamente.

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) entendemos que todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones que incluyen daño cerebral prolongado y la muerte si no son reconocidos y gestionados adecuadamente. Además, entendemos que si el estudiante-atleta es retirado de una práctica o competencia debido a una sospecha de conmoción cerebral, no podrá volver a participar a menos y hasta que se le dé autorización de conformidad con las leyes aplicables. También reconocemos que hemos recibido, leído y firmado la Hoja de información sobre conmociones cerebrales de Gfeller-Waller y que hemos visto el video educativo sobre conmociones cerebrales CrashCourse.

* * *

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) por la presente liberamos, absuelve y liberamos para siempre de manera irrevocable e incondicional a la NCHSAA, sus escuelas miembros y a la directores, funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados de la NCHSAA y sus escuelas miembros (colectivamente, los “Exonerados” y cada uno individualmente un “Exonerado”), de todas y cada una de las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluidos los honorarios de abogados) en que el estudiante-atleta y/o los padres/tutor legal del estudiante-atleta incurran o sostengan contra una persona, propiedad o ambos que surjan, resulten de, ocurran durante o de otra manera estén conectados o relacionados con la participación del estudiante-atleta en deportes interescolares, si se deben a la negligencia ordinaria de cualquiera de los exonerados.

* * *

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) por la presente damos consentimiento para permitir que el estudiante-atleta reciba el tratamiento médico que la NCHSAA considere aconsejable, sus escuelas miembros o representantes de escuelas miembros en caso de lesión, accidente o enfermedad mientras participa en deportes interescolares, incluido, entre otros, el transporte del estudiante-atleta a un centro médico. Damos consentimiento al tratamiento médico para el estudiante-atleta luego de una lesión o enfermedad sufrida durante la práctica y/o una competencia. Entendemos que en caso de lesión o enfermedad que requiera tratamiento por parte de personal médico y transporte a un centro de atención médica, se hará un intento razonable de comunicarse con el padre/tutor legal si el estudiante-atleta es menor de edad, pero que, si es necesario, el estudiante-atleta será tratado y transportado en ambulancia al hospital más cercano. Además, autorizamos el uso o divulgación de la información de salud de identificación personal del estudiante-atleta en caso de que sea necesario un tratamiento por enfermedad o lesión. Aceptamos que hemos recibido notificación adecuada de los servicios de atención médica según lo exige N.C. Gen. Stat. § 115C-76.45(1) y que nuestro consentimiento aquí para dichos servicios es suficiente para satisfacer N.C. Gen. Stat. §§ 90-21.10B, 115C-76.45(1).

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) otorgamos permiso a la NCHSAA, a sus escuelas miembros y a los representantes de las escuelas miembros para usar y divulgar la información de identificación personal necesaria de los registros educativos del estudiante-atleta, incluida información académica, financiera y de atención médica, a terceros, incluidos representantes escolares, entrenadores, entrenadores deportivos, instalaciones médicas, personal médico, asesores legales de NCHSAA y los medios de comunicación, para el propósito de recibir atención médica adecuada/necesaria y cumplir con las reglas de la NCHSAA, las reglas de la Junta Estatal de Educación y cualquier ley aplicable, incluida la toma de determinaciones sobre la elegibilidad para participar en deportes inter escolares y cualquier procedimiento administrativo o legal que resulte de la participación o el intento de participación en atletismo inter escolar, sin que dicha divulgación constituya una violación de los derechos establecidos en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en Inglés). **Además, liberamos a la NCHSAA, sus escuelas miembros y a los directores, funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados de la NCHSAA y sus escuelas miembros de todos y cada uno de los reclamos que surjan del uso y divulgación de dicha información de identificación personal necesaria.**

Yo (el estudiante-atleta) y nosotros (el estudiante-atleta y los padres/tutor legal del estudiante-atleta) otorgamos permiso a la NCHSAA, a sus escuelas miembros y a los representantes de las escuelas miembros para divulgar la información demográfica del estudiante-atleta. información (incluyendo películas e imágenes fotográficas fijas) y estadísticas de participación (incluyendo altura, peso, año en la escuela, historial de participación y otras estadísticas basadas en el desempeño) y otra información que pueda solicitarse o presentarse. Aceptamos que el estudiante-atleta puede ser fotografiado o capturado de otro modo digital o electrónicamente durante una competencia escolar, y que dicho producto puede usarse en el curso de las gestiones normales de la NCHSAA, incluidos videos e imágenes fijas comerciales y basados en Internet. Reconocemos y aceptamos que cualquier parte de este material puede usarse sin permiso o compensación específicamente relacionada con la NCHSAA y sus eventos, sin que dicho uso constituya una violación de los derechos establecidos en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). Damos permiso al uso del nombre del atleta, imagen, semejanza e información relacionada con el deporte del estudiante-atleta en informes de competencias, literatura promocional de la NCHSAA y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar, y otorgamos a la NCHSAA el derecho a fotografiar. y/o grabar en video

al participante y además utilizar el rostro, la imagen, la voz y la apariencia del estudiante-atleta en relación con exhibiciones, publicidad, materiales promocionales y comerciales sin reservas ni limitaciones.

Al firmar este documento, reconocemos que hemos leído la información anterior y que damos nuestro consentimiento a la participación del estudiante-atleta aquí nombrado. Entendemos que las autorizaciones y derechos aquí otorgados son voluntarios y que podemos revocar cualquiera o todos ellos en cualquier momento presentando dicha revocación por escrito a la escuela miembro del estudiante-atleta. Entendemos que, si presentamos una revocación, el estudiante-atleta ya no será elegible para participar en deportes interescolares; no obstante, la revocación de la autorización para usar el nombre, la imagen, la semejanza y la información relacionada con el deporte del estudiante-atleta no afectará la elegibilidad.

Firma del estudiante Fecha de Nacimiento Grado en la escuela Fecha

LEA EL FORMULARIO DE ARRIBA COMPLETAMENTE Y CUIDADOSAMENTE.

USTED ACEPTA DEJAR QUE SU HIJO/HIJA MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTA QUE INCLUSO SI LA ASOCIACIÓN DE ATLÉTICO DE ESCUELAS PREPARATORIAS DE CAROLINA DEL NORTE Y SUS ESCUELAS MIEMBROS UTILIZARON UN CUIDADO RAZONABLE AL PROPORCIONAR ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA PROBABILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA RESULTAR GRAVEMENTE LESIONADO O MORIR AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE EXISTEN CIERTOS PELIGROS INHERENTES AL DEPORTE PARTICIPACIÓN QUE NO PUEDE EVITAR NI ELIMINAR.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED RENUNCIA AL DERECHO DE SU NIÑO Y A SU DERECHO A RECUPERARSE DE LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA DE ESCUELAS PREPARATORIAS DE CAROLINA DEL NORTE, SUS ESCUELAS MIEMBROS Y DE CUALQUIER DIRECTOR, FUNCIONARIO, AGENTE, ABOGADO, REPRESENTANTE O EMPLEADO DE ATLÉTICO DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE. ASOCIACIÓN O SUS ESCUELAS MIEMBROS EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER DAÑO PERSONAL A SU NIÑO (INCLUYENDO LA MUERTE), O POR CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS INHERENTES A LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA. USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE TIENE DERECHO A NEGARSE A PERMITIR QUE SU HIJO PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

Firma del padre o tutor legal

Fecha