



**Formulario de participación atlética/examen físico
Consentimiento y Autorización de los Padres y los
Estudiantes Para el Nivel de la Escuela Intermedia
(estudiantes inscritos en los grados 5-8 participando
en la competencia para los grados 6-8)**

KHSAA Formulario MS01
Escuela intermedia
Permiso y consentimiento de los padres
Rev. 7/23 página 1 de 4
© KHSAA, 2023

*El estudiante y los padres/tutores deben leer esta declaración detenidamente y firmar donde se requiera. Al firmar este formulario, todas las partes aceptan que han completado con precisión todas las secciones del formulario y han leído y están de acuerdo con los términos de este formulario como se detalla. Este formulario debe completarse antes de que el estudiante participe (en lo sucesivo, incluida la prueba, la práctica y/o la competencia) en deportes interescolares. Este formulario debe guardarse en un lugar seguro hasta que el estudiante haya agotado la elegibilidad, se haya inscrito en la escuela secundaria y haya cumplido los dieciséis (16) años.
Cualquier uso de formularios complementarios opcionales adicionales como el PPE01 para recopilar información médica tanto de la familia como de la comunidad médica debe mantenerse separado de este formulario y mantenerse de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales.*

**INFORMACIÓN DEL ATLETA
(Esta parte debe ser completada por el estudiante y la familia)**

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) _____ Año escolar _____
 Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): _____
 Género _____ Calificación _____ Escuela _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Condado, Estado): _____

Planeo participar en lo siguiente (marque todo lo que podría intentar jugar):

<input type="checkbox"/> Tiro al arco	<input type="checkbox"/> Bolos	<input type="checkbox"/> deportes electrónicos	<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Atletismo
<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Alegría competitiva	<input type="checkbox"/> Fútbol americano	<input type="checkbox"/> Sofbol	<input type="checkbox"/> Vóleybol
<input type="checkbox"/> Baloncesto	<input type="checkbox"/> A campo traviesa	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Nadar	<input type="checkbox"/> Lucha
<input type="checkbox"/> Pesca de lubina	<input type="checkbox"/> Bailar	<input type="checkbox"/> Lacrosse	<input type="checkbox"/> Tenis	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre (letra de imprenta) _____ Relación con el estudiante _____
 Dirección de contacto de emergencia, incluida la ciudad, el estado y el código postal _____
 Teléfono durante el día _____ Teléfono móvil _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO OPCIONAL (solo para fines de tratamiento de emergencia)

Aseguradora _____ Número de póliza / Número de identificación _____ Número de grupo _____ Plan _____

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO, RECONOCIMIENTO DE LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Como padre/tutor legal, acepto permitir que mi hijo participe en deportes interescolares.

El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que la participación en atletismo interescolar implica algunos riesgos inherentes de lesiones potencialmente graves, que incluyen, entre otros, la muerte, lesiones graves en el cuello, la cabeza y la columna vertebral, que pueden provocar parálisis total o parcial, daño cerebral, lesiones graves. lesión de órganos internos, lesión grave de huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, y lesión grave o deterioro de otros aspectos del cuerpo, o efectos en la salud y el bienestar general de los niños. Debido a estos riesgos inherentes, el estudiante y el padre/tutor legal reconocen la importancia de que el estudiante siga las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas del equipo. Al firmar este formulario,

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, liberan, absuelven y despiden para siempre de manera irrevocable e incondicional a la KHSAA y a sus funcionarios, agentes, abogados, representantes y empleados (colectivamente, los "Exonerados") de cualquier y todas las pérdidas, reclamos, demandas, acciones y causas de acción, obligaciones, daños y costos o gastos de cualquier naturaleza (incluidos los honorarios de abogados) en los que el estudiante y/o el padre/tutor legal incurran o sostenga a la persona, la propiedad o ambos, que surjan, resulten de, ocurran durante o estén conectados de otra manera con la participación del estudiante en actividades deportivas interescolares si se deben a la negligencia ordinaria de los Liberados.

Esto incluye hacer determinaciones con respecto a la elegibilidad para participar en atletismo interescolar y cualquier procedimiento administrativo o legal que resulte de la participación o intento de participación en atletismo interescolar sin que dicha divulgación constituya una violación de los derechos bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, liberan además a la escuela secundaria, a la KHSAA y a sus representantes de todos y cada uno de los reclamos que surjan del uso y la divulgación de dicha información de



**Formulario de participación atlética/examen físico
Consentimiento y Autorización de los Padres y los
Estudiantes Para el Nivel de la Escuela Intermedia
(estudiantes inscritos en los grados 5-8 participando
en la competencia para los grados 6-8)**

*KHSAA Formulario MS01
Escuela intermedia
Permiso y consentimiento de los padres
Rev. 7/23 página 2 de 4
© KHSAA, 2023*

identificación personal necesaria y aceptan liberar a la escuela secundaria, la KHSAA y sus representantes, previa solicitud, la solicitud de ayuda financiera detallada y completa.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, dan permiso a la escuela secundaria, a la KHSAA y a los representantes autorizados de la KHSAA para divulgar la información demográfica de este estudiante (incluidas imágenes en movimiento y fotografías) y estadísticas de participación (incluyendo altura, peso y año en la escuela, historial de participación y otras estadísticas basadas en el desempeño) y otra información que pueda ser solicitada o presentada. El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre de este estudiante, aceptan que el estudiante puede ser fotografiado o capturado digital o electrónicamente durante la competencia escolar y dicho producto utilizado durante el negocio normal de KHSAA, incluido el video comercial y basado en Internet, e imágenes fijas.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por la presente reconocen que conocen y revisarán, si lo desean, los materiales educativos disponibles a través de KHSAA, los Centros para el Control de Enfermedades y otras agencias con respecto a la educación de todas las personas. con respecto a la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral, lesión en la cabeza u otros problemas de salud continuos, incluida la continuación del juego después de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza.

El estudiante y el padre/tutor legal dan su consentimiento para que este estudiante reciba un examen físico como lo requiere 702 KAR 7:065.

El estudiante y el padre/tutor legal, individualmente y en nombre del estudiante, por la presente dan su consentimiento para permitir que el estudiante reciba el tratamiento médico que la escuela, la KHSAA y sus representantes puedan considerar aconsejable en caso de lesión, accidente o enfermedad. mientras participa en atletismo interescolar, incluido, entre otros, el transporte del estudiante a un centro médico. El estudiante y el padre/tutor legal reconocen que el transporte a un centro médico puede implicar tener que proporcionar la fecha de nacimiento y el número de seguro social del estudiante únicamente para posibles necesidades de hospitalización y atención de emergencia y no es necesario que se registre en este formulario. Sin embargo, aquellos que no proporcionen esta información deben tener en cuenta que las instalaciones de tratamiento de emergencia podrían requerirla antes de prestar el servicio.

**RECONOCIMIENTO DE RIESGO DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/TUTOR, REGLAS DE ELEGIBILIDAD, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y
CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN Y FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA**

Nombre de los estudiantes (letra de imprenta) Escuela

Dirección del estudiante y del padre/tutor, incluida la ciudad, el estado y el código postal

Firma del Estudiante Fecha

Enumere arriba cualquier problema de salud/preocupación que este estudiante pueda tener, incluidas las alergias (medicamentos/otros) y cualquier medicamento que se esté usando actualmente.

Nombre de los padres/tutores que tienen/tienen la custodia de este estudiante (letra de imprenta) Número de Teléfono de Emergencia

Firma del padre(s)/tutor(es) que tiene/tiene la custodia de este estudiante Fecha

Cada grupo individual que cumpla con los requisitos de 702 KAR 7:065, Sección 3(x) puede tener exenciones complementarias y requisitos de exención de responsabilidad. En este caso, se requeriría tanto el MS01 como el formulario requerido del grupo aprobado.

■ 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
or DC (if within scope of practice)

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

ESTA PÁGINA ES PARA ASEGURAR QUE EL GE04 SE DISTRIBUYA SEGÚN SE NECESITE PARA DAR PERMISO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO. EL FORMULARIO GE04 DEBE CONSERVARSE HASTA UN AÑO DESPUÉS DE LA GRADUACIÓN DEL ESTUDIANTE. EL FORMULARIO GE04 SÓLO SE PUEDE UTILIZAR PARA VIAJAR CON EL EQUIPO EN CASO DE EMERGENCIA.

SIN EMBARGO, SI EL FORMULARIO OPCIONAL PPE01 SE UTILIZA DE CUALQUIER FORMA, LAS TRES PÁGINAS DE ESE FORMULARIO NO DEBEN GUARDARSE CON EL GE04 Y NO DEBEN CONSERVARSE EN LA ESCUELA. SEGÚN LAS LEYES DE PRIVACIDAD ESTATALES Y FEDERALES, ESTA ES UNA COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL ENTRE EL PROVEEDOR MÉDICO Y EL PACIENTE Y LA SEGURIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ PROTEGIDA POR UNA SERIE DE LEYES Y DEBE PERMANECER CON LA FAMILIA Y EL PROVEEDOR MÉDICO.

SEGÚN LA ORIENTACIÓN DE LA ACADEMIA AMERICANA DE MÉDICOS DE FAMILIA, LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA, EL COLEGIO AMERICANO DE MEDICINA DEPORTIVA, LA SOCIEDAD MÉDICA AMERICANA PARA MEDICINA DEPORTIVA, LA SOCIEDAD ORTOPÉDICA AMERICANA PARA MEDICINA DEPORTIVA Y LA ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DEPORTIVA OSTEOPÁTICA, EL CONTENIDO DEL PPE01 OPCIONAL PARA SER MANTENIDO EN LA MÁS ESTRICTA PRIVACIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES APLICABLES.

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 preparticipación 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 al Nacer (F, M): _____ ¿

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): 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

(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	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 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 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	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

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, 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?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

This form should be placed into the athlete's medical file and should not be shared with schools or sports organizations.

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], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • 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 • 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): _____

Address: _____

Phone: _____

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