

VIRGINIA HIGH SCHOOL LEAGUE, INC.  
1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911

Página 1 de 4

## FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA/ CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/EXAMEN FÍSICO

Se requiere un examen por separado para cada año escolar desde el **1 de MAYO** del año en curso hasta el **30 de JUNIO** del año siguiente.

Para el año escolar \_\_\_\_\_

**PARTE I - PARTICIPACIÓN ATLÉTICA**

Masculino \_\_\_\_\_

(A completar y firmar por el alumno)

Femenino \_\_\_\_\_

**LETRA IMPRENTA CLARA**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º de ID del estudiante \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección residencial \_\_\_\_\_

Ciudad/código postal \_\_\_\_\_

Dirección residencial de los padres \_\_\_\_\_

Ciudad/código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Este es mi \_\_\_\_\_ semestre en la escuela secundaria \_\_\_\_\_ y mi \_\_\_\_\_ semestre desde que ingresé a noveno grado.

El semestre pasado asistí a la escuela \_\_\_\_\_ y aprobé \_\_\_\_\_ asignaturas con créditos, y este semestre estoy haciendo \_\_\_\_\_ asignaturas con créditos. He leído las reglas de elegibilidad individual abreviadas de la Liga de Escuelas Secundarias de Virginia Beach que aparecen a continuación y creo que soy elegible para representar a mi escuela intermedia actual en atletismo.

**REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL**

Para ser elegible para representar a tu escuela en cualquier concurso interescolar de VHSL:

- Debes ser estudiante regular bona fide y de buena reputación en la escuela que representas.
- Debes estar matriculado en los últimos cuatro años de la escuela secundaria. (Los estudiantes de octavo grado pueden ser elegibles para junior varsity)
- Debes haberte inscrito a más tardar el día 15 del semestre actual.
- Para el primer semestre debes estar actualmente matriculado en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan usarse para graduación y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan usarse para graduación el año inmediatamente anterior o el semestre inmediatamente anterior para las escuelas que certifican créditos por semestre. (Verifica con tu director los requisitos equivalentes). **No se pueden repetir cursos con fines de elegibilidad para los que se haya otorgado crédito previamente.**
- Para el segundo semestre debes estar actualmente matriculado en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser utilizadas para graduación y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser utilizadas para graduación el semestre inmediatamente anterior. (Verifica con tu director los requisitos equivalentes).
- No tienes que participar en todas las competencias de VHSL durante 365 días calendario consecutivos después de una transferencia de escuela, a menos que la transferencia se corresponda con una mudanza familiar. (Consulta con su director para conocer las excepciones).
- No debes haber cumplido diecinueve años hasta el primer día de agosto del año escolar en curso o antes.
- Después de ingresar al noveno grado por primera vez, no debes haber estado inscrito ni haber sido elegible para inscribirte en la escuela secundaria más de ocho semestres consecutivos.
- Antes de cualquier tipo de participación, incluidas las pruebas o la práctica como miembro de cualquier equipo atlético o de porristas de la escuela, debes haber enviado a tu director un formulario de participación atlética/ consentimiento de los padres/examen físico, completado en su totalidad y debidamente firmado, que acredite que has sido examinado durante este año escolar y que te encuentras en buen estado físico para la competencia y que tus padres dan su consentimiento para tu participación.
- No debes infringir las reglas de VHSL Amateur, Awards, All Star o College Team. (Consulta con tu director para obtener una aclaración sobre las porristas).

La elegibilidad para participar en deportes interescolares es un privilegio que se obtiene al cumplir no solo con los estándares mínimos mencionados anteriormente, sino también con todos los demás estándares establecidos por la Liga, el distrito y la escuela. Si tienes alguna pregunta con respecto a tu elegibilidad o tienes dudas sobre el efecto que una actividad podría tener en tu elegibilidad, **consulta con tu director para conocer las interpretaciones y excepciones previstas en las reglas de la Liga.** Cumplir con la intención y el espíritu de los estándares de la Liga evitará que tú, tu equipo, la escuela y la comunidad sean penalizados. Asimismo, doy mi consentimiento y aprobación para que mi foto y nombre puedan reproducirse en cualquier programa de escuela secundaria o programa deportivo de VHSL, publicación o video.

**LAS DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y LOS DISTRITOS DE VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS ARRIBA.**

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

**PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA RESULTARÁ EN LA NO ELEGIBILIDAD DURANTE UN AÑO.**

El examen físico previo a la participación no sustituye a un examen anual completo realizado por el médico de atención primaria del estudiante.

**PARTE II - HISTORIAL MÉDICO (Explicar las respuestas con "SÍ" a continuación)**

Este formulario debe estar completo y firmado, antes del examen físico, para que el médico examinador lo revise.  
Explicar las respuestas con "SÍ" a continuación con el número de la pregunta. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

HISTORIAL MÉDICO GENERAL		SÍ	NO	CONTINUACIÓN DE PREGUNTAS MÉDICAS		SÍ	NO
1.	¿Tienes alguna inquietud que te gustaría hablar con tu proveedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	¿Has tenido mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez un proveedor te ha negado o restringido tu participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	¿Te falta un riñón, ojo, testículo, el bazo u otro órgano interno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Tienes alguna condición médica recurrente? Si es así, identifica: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	¿Tienes dolor en la ingle o en los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Estás tomando algún medicamento o suplemento diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	¿Alguna vez te has enfermado haciendo ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tienes alergia a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	Cuando haces ejercicio en el calor, ¿tienes calambres musculares intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluido el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Has pasado alguna vez la noche en el hospital? ¿Si es así por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas o no has podido mover los brazos o las piernas <u>DESPUÉS de un golpe o una caída</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Alguna vez te has sometido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	¿Tienes tú o alguien de tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA</b>				32.	¿Has tenido otros trastornos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Alguna vez te desmayaste o estuviste a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	¿Has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Tu corazón se acelera, tienes palpitaciones u omite latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	¿Usas anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguna vez un médico te indicó un examen cardiológico? Por ejemplo, electrocardiografía o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	¿Usas gafas de seguridad integrales como antiparras o protector de rostro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco? Por ejemplo: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colestero alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> La enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.	¿Te preocupa tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Te sientes mareado o sientes más falta de aire de lo que sienten tus compañeros durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.	¿Estás intentando o alguien te ha recomendado que subas o bajas de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Has tenido convulsiones alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39.	¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOLÓGICA DE TU FAMILIA</b>				40.	¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Alguien de tu familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41.	¿Sigues una dieta especial o evitas determinadas clases de alimentos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42.	¿Alergias a los alimentos o a picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Alguien en Tu familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTs), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43.	¿Alguna vez has tenido un diagnóstico de COVID-19? Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Alguien de tu familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44.	¿Cuál es la fecha de tu última vacuna Tdap o Td (tétanos)? (encerrar en círculo el tipo) Fecha: _____		
<b>SOLO MUJERES</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
20.	¿Alguna vez has tenido una fractura por sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te hizo perder una práctica o un juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.	¿Has tenido alguna vez un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>				46.	Edad que tenías en tu primer período menstrual: _____		
21.	¿Tienes actualmente una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que te molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.	Cantidad de períodos en los últimos 12 meses: _____		
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>				48. ¿Cuándo fue tu último período menstrual? <b>EXPLICA LAS RESPUESTAS CON "SÍ" A CONTINUACIÓN</b>			
22.	¿Toses, tienes sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#	>>		
23.	¿Tienes asma o usas medicamentos para el asma (inhalador, nebulizador)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#	>>		
				#	>>		
				#	>>		
<b>Menciona aquí los medicamentos y suplementos nutricionales que estás tomando actualmente:</b>							

→ Firma de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ → Firma del atleta: \_\_\_\_\_

## PARTE III - EXAMEN FÍSICO

(Se requiere el formulario de examen físico cada año escolar después del **1 de mayo** del año escolar anterior y es válido hasta el 30 de junio del año escolar actual)\*\*

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

Altura	Peso	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
PA /	Pulso en reposo	Visión D 20/ I 20/	Corregido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CLÍNICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Aspecto (estigmas de Marfan: cifoescoliosis, paladar arqueado alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral e insuficiencia aórtica)		
Ojos/oídos/nariz/garganta (pupilas isocóricas, audición)		
Ganglios linfáticos		
Corazón (Soplos: auscultación en bipedestación, supino, +/- Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel (Virus del herpes simple, lesiones sugestivas de MRSA o tinea corporis)		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos de los pies		
Funcional (p. ej., sentadillas con dos piernas, sentadillas con una sola pierna,		
Medicamentos de emergencia necesarios en el lugar <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Glucagón <input type="checkbox"/> Other:		
COMENTARIOS:		

He revisado los datos anteriores, revisé el formulario de historial médico y hago las siguientes recomendaciones para su participación en atletismo:

- MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIÓN
- MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIÓN CON RECOMENDACIÓN PARA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO POSTERIOR DE: \_\_\_\_\_
- MÉDICAMENTE ELEGIBLE SOLO PARALOS SIGUIENTES DEPORTES: \_\_\_\_\_  
Motivo: \_\_\_\_\_
- NO ES MÉDICAMENTE ELEGIBLE; A LA ESPERA DE EVALUACIÓN POSTERIOR DE: \_\_\_\_\_
- NO ES MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA NINGÚN DEPORTE

Con esta firma, doy fe de que examiné al estudiante anterior y completé este examen físico previo a la participación, incluida una revisión de la Parte II - Historial médico.

→ FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO: \_\_\_\_\_ (MD, DO, NP o PA) + FECHA\*\*: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y TÍTULO DEL EXAMINADOR (EN LETRA IMPRENTA): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**+Solo se aceptará la firma de un Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermero de práctica avanzada o Asistente médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.**

Regla 28B-1 (3) Regla de examen físico/Transferencia del estudiante (10-90): cuando un estudiante de otro estado que ha recibido un examen físico actual en otro lugar se transfiera a Virginia y adjunta prueba de ese examen físico al formulario de la Liga n.º 2, el estudiante cumple con los requisitos del examen físico.

**PARTE IV - RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO**

(Para ser completado por padre/madre/tutor)

Doy permiso para que \_\_\_\_\_ (nombre del niño/pupilo) participe en cualquiera de los siguientes deportes que NO están tachados: béisbol, baloncesto, porristas, campo a través, hockey sobre césped, fútbol, golf, gimnasia, lacrosse, fútbol, softbol, natación/buceo, tenis, atletismo, voleibol, lucha, otro (identificar deportes): \_\_\_\_\_

He revisado las reglas de elegibilidad individual y soy consciente de que la participación en deportes conlleva el riesgo de lesiones para mi hijo/pupilo. Entiendo que el grado de peligro y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que conllevan un mayor riesgo. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente a los deportes a través de reuniones, folletos escritos u otros medios. El estudiante tiene un seguro médico/de accidentes para estudiantes disponible a través de la escuela (sí no); tiene cobertura de seguro de participación atlética a través de la escuela (sí no); está asegurado por nuestra póliza familiar con:

Nombre de la compañía de seguros médicos: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Soy consciente de que participar en deportes implicará viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al deporte y al viaje que implica y, con este conocimiento en mente, otorgo permiso para que mi hijo/pupilo participe en el deporte y viaje con el equipo.

Con esta firma, doy mi consentimiento para permitir que los médicos y otros proveedores de atención médica seleccionados por mí o por la escuela le realicen a mi hijo un examen previo a la participación y brinden tratamiento ante alguna lesión o condición que resultara de participar en atletismo/actividades para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Además, doy mi consentimiento para que dichos médicos o proveedores de atención médica compartan información apropiada sobre mi hijo que sea relevante para la participación en atletismo y actividades con los entrenadores y otro personal escolar según se considere necesario.

Asimismo, doy mi consentimiento y aprobación de que la foto y el nombre del estudiante mencionado anteriormente puedan reproducirse en cualquier programa de escuela secundaria, o programa deportivo de VHSL, publicación o video.

Para acceder a un seguro de salud integral de calidad y bajo costo a través de FAMIS para su hijo, comuníquese con Cover Virginia en [www.coverva.org](http://www.coverva.org) o llame al 855-242-8282.

**PARTE V- FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA\***

(Para ser completado y firmado por padre/madre/tutor)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

ESCUELA SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

Mencione los problemas de salud importantes que podrían ser relevantes para un médico que evalúa a su hijo **en caso de una****emergencia:** \_\_\_\_\_

INDICAR ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS, ETC: \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE USA ACTUALMENTE UN INHALADOR O EPI-PEN RECETADO POR EL MÉDICO? \_\_\_\_\_

MENCIONAR LOS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ TOMANDO EL ESTUDIANTE ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ SI ES ASÍ, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE UTILIZA LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA Tdap O Td (TÉTANOS): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA:** En el caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, por el presente doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de la Escuela secundaria \_\_\_\_\_ para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección o anestesia o cirugía para la persona mencionada anteriormente.

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA NOCHE (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_

→ FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

\*El formulario de permiso de emergencia se puede reproducir para viajar con los equipos respectivos y es aceptable para tratamiento de emergencia si es necesario.

→ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA: \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor

El examen físico previo a la participación no sustituye a un examen anual completo realizado por el médico de atención primaria del estudiante.