

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

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

Es REQUERIDO entregar las páginas 1 a 3 a la escuela para ser elegible para los deportes de VHSL.
Este formulario vence 14 meses después de la fecha de la firma del profesional en la página 3.

Para el año escolar _____

PARTE I - PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

(Para ser completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor)

Masculino _____

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 no más de 14 meses calendario antes de la fecha en que se firmó el informe 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.

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 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.

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

■ 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 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 que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿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		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 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: _____

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 <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
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