

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO NO. 69 PARADISE VALLEY

INFORMACIÓN DE ATLETISMO

MARQUE TODOS LAS QUE CORRESPONDAN

<input type="checkbox"/> BÁDMINTON	<input type="checkbox"/> SPIRITLINE	<input type="checkbox"/> BÉISBOL
<input type="checkbox"/> CAMPO TRAVIESA	<input type="checkbox"/> VOLEIBOL	<input type="checkbox"/> BÉISBOL CON PELOTA
<input type="checkbox"/> FÚTBOL AMERICANO	<input type="checkbox"/> BALONCESTO	<input type="checkbox"/> BLANDA (SOFTBALL)
<input type="checkbox"/> GOLF	<input type="checkbox"/> FÚTBOL (SOCCER)	<input type="checkbox"/> TENIS
<input type="checkbox"/> NATACIÓN / CLAVADOS	<input type="checkbox"/> LUCHA LIBRE	<input type="checkbox"/> ATLETISMO



STUDENT ID # _____

OFFICE USE ONLY

<input type="checkbox"/> Emergency Card	<input type="checkbox"/> Clearance Issued
<input type="checkbox"/> I C Video	<input type="checkbox"/> Physical

NOMBRE DEL ALUMNO _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ GRADO: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 NOMBRE DE UNO DE LOS PADRES: _____ TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____
 Si no vive con los padres, nombre del tutor legal _____ Parentesco _____
 Escuela(s) a la(s) que asistió el año pasado: _____

SI NO PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON LOS PADRES O TUTORES LEGALES EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:

NOMBRE: _____ TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____
 MÉDICO: _____ TELÉFONO DEL MÉDICO: _____
 HOSPITAL QUE PREFIERE: _____ ALERGIAS: _____

Por medio de la presente doy permiso a los entrenadores, o médicos del equipo, de usar su juicio para asegurar ayuda médica en caso de emergencia.

SEGURO MÉDICO

Se recomienda que todos los alumnos atletas estén cubiertos por seguro médico. EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO PARADISE VALLEY NO TIENE SEGURO MÉDICO PARA LOS ALUMNOS ATLETAS. Recomendamos encarecidamente a los padres de familia a que obtengan seguro médico ya que son responsables de los gastos médicos como resultado de participación en deportes. Los padres deben proporcionar la información del seguro para ayudar a los entrenadores, otro personal de atletismo y al equipo médico en caso de que un atleta requiera asistencia médica debido a una lesión.

Adquirí seguro escolar: Sí No Tengo mi propio seguro: Sí No

Compañía de seguros: _____ Póliza No.: _____

VIDEO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EN CASO DE IESIONES DE DEPORTES

Para poder participar en deportes organizados del distrito, cada alumno con uno de sus padres **tiene que mirar** en línea el video de consentimiento de los padres en caso de lesiones de deportes antes de participar en el primer evento atlético organizado por el distrito. El enlace para ver este video se encuentra en <http://cmweb.pvschools.net/stusrvpvusdathleticsweb/>. AL FIRMAR ABAJO CONFIRMO QUE MI HIJO(A) Y YO MIRAMOS EL VIDEO EN LÍNEA, Y ENTENDEMOS LOS RIESGOS DE PARTICIPAR EN LOS DEPORTES DEL DISTRITO.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

CONSENTIMIENTO DE PRUEBAS PARA DETECTAR CONSUMO DE DROGAS PARA LOS ALUMNOS ATLETAS

YO/NOSOTROS RECIBIMOS, LEÍMOS Y ENTENDIMOS LA COPIA DEL Manual de Consentimiento Informado y Pruebas al Azar para Detectar Consumo de Drogas para los padres y alumnos del Distrito Escolar Unificado Paradise Valley. Daré permiso a mi hijo(a) de participar en este programa contra las drogas mientras haga parte del grupo de atletas de secundaria del Distrito Escolar Unificado Paradise Valley, y por la presente me adhiero voluntariamente a los términos del Programa de Prevención. Acepto el método de obtener muestras de orina, pruebas y análisis de dichas muestras y todos los otros aspectos del programa. Estoy de acuerdo en cooperar proporcionando las muestras que se requieran de tiempo en tiempo.

También estoy de acuerdo y doy permiso de revelar las muestras, pruebas y resultados como lo indica el programa. Doy este consentimiento de conformidad con los estatutos estatales y federales referentes a la privacidad y las provisiones constitucionales y de la ley común sobre la privacidad y es una exención del derecho a no revelar dichas pruebas y resultados, solo hasta el punto en que lo autorice el programa.

PERMISO DE TRANSPORTE

Yo/Nosotros damos permiso al distrito de transportar a nuestro(a) hijo(a) en vehículos del distrito a juegos o prácticas fuera de la escuela según se necesite.

USO DEL EQUIPO

Los atletas tienen la responsabilidad de cuidar y devolver todo el equipo que la escuela secundaria le asignó. Yo/Nosotros entendemos y estamos de acuerdo con que todo el equipo asignado a nuestro(a) hijo(a) es la propiedad de la escuela secundaria y debe devolverse en buena condición. El Departamento de Atletismo debe reemplazar todos los artículos perdidos, robados o dañados y debe ser reembolsado por el costo del equipo.

CÓDIGO DE CONDUCTA/MANUAL PARA PADRES Y ALUMNOS

He leído y entiendo la información del Manual para padres y alumnos sobre consentimiento informado, incluyendo la declaración de entendimiento de PVUSD y el código de conducta de la secundaria, y doy fe del cumplimiento de todas las reglas y requerimientos para los atletas, que se encuentran en el manual.

PUBLICACIÓN DEL NOMBRE Y/O IMAGEN

Excepto si lo indica nuestra firma a continuación, Yo/Nosotros damos permiso para que el distrito tome fotografías de mi/nuestro hijo(a) durante su participación en eventos deportivos y que estas fotografías sean utilizadas en diferentes publicaciones y formatos de los medios de comunicación, incluyendo, pero no limitadas a páginas Web, artículos en el periódico, publicaciones del distrito, y/o boletines informativos del distrito. Yo/Nosotros también aceptamos que en estas fotografías se identifique a mi/nuestro hijo(a) con su nombre completo. Por medio de mi/nuestra firma a continuación, notificamos que no queremos que el nombre y/o la imagen de mi/nuestro hijo(a) lo utilice el distrito en ningún formato o publicación y por la presente yo/nosotros no damos el permiso descrito inmediatamente antes. _____

RECONOCIMIENTO

Yo/Nosotros leímos, entendimos y obedeceremos las declaraciones contenidas en los dos lados de este formulario.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

FIRMA DEL ALUMNO _____ FECHA: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ALUMNO - NOMBRE DEL ALUMNO _____

UNO DE LOS PADRES DEBE COMPLETARLO ANTES DEL EXAMEN MÉDICO: MARQUE SI SU HIJO(A) TIENE AHORA O HA TENIDO ALGUNA VEZ LO SIGUIENTE:

<u> </u>	<u> </u>	ALERGIAS	<u> </u>	<u> </u>	ANEMIA	<u> </u>	<u> </u>	ARTRITIS	<u> </u>	<u> </u>	ASMA
<u> </u>	<u> </u>	CONMOCIÓN CEREBRAL	<u> </u>	<u> </u>	DIABETES	<u> </u>	<u> </u>	EPILEPSIA (ATAQUES)	<u> </u>	<u> </u>	DESMAYOS
<u> </u>	<u> </u>	PROBLEMAS DE CORAZÓN	<u> </u>	<u> </u>	DISFUNCIÓN DE CORAZÓN	<u> </u>	<u> </u>	HEPATITIS	<u> </u>	<u> </u>	PROBLEMAS DE RIÑONES
<u> </u>	<u> </u>	MIGRAÑAS	<u> </u>	<u> </u>	MONONUCLEOSIS	<u> </u>	<u> </u>	FIEBRE REUMÁTICA	<u> </u>	<u> </u>	FIEBRE DEL VALLE

¿ESTÁ EL ALUMNO BAJO CUIDADOS MÉDICOS ACTUALMENTE? _____ ¿SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE, POR QUÉ? _____

MÉDICO DE FAMILIA: _____ TELÉFONO: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: _____

ALERGIAS, INCLUYENDO MEDICAMENTOS: _____

OPERACIONES ANTERIORES: _____

FECHAS: _____

FRACTURAS ANTERIORES: _____

FECHAS: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN DEPORTES:

Yo/Nosotros damos permiso al atleta arriba mencionado de participar en deportes y atletismo inter escolar organizado, siendo conscientes de que esas actividades suponen la posibilidad de lesiones las cuales son inherentes a todos los deportes. Yo/Nosotros reconocemos la posibilidad de lesiones, aún con el mejor grupo de entrenadores, el uso del equipo protector más avanzado, la disponibilidad de un preparador físico certificado, y el cumplimiento estricto de las reglas. En raras ocasiones las lesiones pueden ser tan severas que pueden resultar en discapacidad total, parálisis, cuadriplejía, o aún la muerte. Yo/Nosotros declaramos haber leído y entendemos esta advertencia.

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

HEIGHT _____	HEART _____	TEETH _____
WEIGHT _____	LUNGS _____	PULSE _____
VISION:	ABDOMEN _____	B/P _____
R 20/ _____	GENITALIA _____	HEARING: R _____ L _____
L 20/ _____	LYMPHATICS _____	SPINE _____
WEARS:	HERNIA _____	NECK _____
GLASSES _____	OTHER LAB TESTS: _____	JOINTS _____
CONTACTS _____	_____	REFLEX:
URINALYSIS:	_____	UPPER _____
ALBUMIN _____	_____	LOWER _____
SUGAR _____	SKIN _____	FAMILY HISTORY:
BLOOD _____	NOSE/THROAT _____	DIABETES () YES () NO
		HEART DISEASE () YES () NO
		CANCER () YES () NO

DATE OF LAST TETANUS / DIPHTHERIA: _____

I CERTIFY THAT I HAVE, ON THIS DATE, EXAMINED THE ABOVE NAMED STUDENT AND FOUND NO MEDICAL REASONS TO DISQUALIFY HIM / HER FROM PARTICIPATING IN ALL SUPERVISED ATHLETICS EXCEPT:

OPTIONAL ORTHOPEDIC EXAMINATION

NECK	WNL	ABNL	KNEES	WNL	ABNL	ANKLE	WNL	ABNL
IMPINGEMENT SIGN	_____	_____	VALGUS	_____	_____	INVERSION STRESS	_____	_____
COMPRESSION TEST	_____	_____	VARUS	_____	_____	EVERSION STRESS	_____	_____
STRENGTH	_____	_____	LACHMAN	_____	_____	TALAR TILT	_____	_____
BACK	_____	_____	PIVOT SHIFT	_____	_____	ANTERIOR DRAWER	_____	_____
SHOULDER	_____	_____	A/P DRAWER	_____	_____	FEET	_____	_____
ELBOW	_____	_____	HAMSTRINGS	_____	_____			
HIPS	_____	_____	RECOMMENDATIONS	_____	_____			

THE ATHLETE MAY OR MAY NOT COMPETE IN ATHLETICS BASED ON THE DATA GATHERED FROM THIS EXAMINATION.

Physician Name (please print) _____

Physician Signature _____ Date _____

Address _____ Phone _____