



**ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE PERRY
DEPARTAMENTO DE ACTIVIDADES**

Scott Pierce, Activities Director
Email: Scott.Pierce@g.perry.k12.ia.us
Jody Halling, Activities Secretary
E-mail: jody.halling@g.perry.k12.ia.us
1200 18th St., Perry, Iowa 50220
Phone: 515-465-3503

Grade: _____

- Volleyball
- Wrestling
- Swimming

- Soccer - Boys
- Soccer - Girls
- Softball
- Track - Boys
- Track - Girls

First Name: _____

- Cross Country - Boys
- Cross Country - Girls
- Football
- Golf - Boys
- Golf - Girls

Last Name: _____

Please check activities in which student will participate.

- Baseball
- Basketball - Boys
- Basketball - Girls
- Cheerleading
- Dance Squad

**A: Padres/Tutores de Estudiantes interesados en Actividades de la Escuela
TEMA: Físicos y Formas de Consentimiento**

Este paquete incluye el Físico y las formas de consentimiento para los estudiantes participando en todas las actividades. Este paquete deberá ser completado, firmado y entregado en la Oficina de Actividades de la Escuela **antes que su estudiante pueda practicar o participar en cualquier evento de deportes o patrocinado por la escuela.** Cada año los estudiantes deben tener y pasar un examen físico para participar en deportes de todo el año escolar. La Póliza de la junta de Educación requiere a todos los estudiantes que tenga un físico archivado por el año escolar actual.

Es muy importante que las formas sean completadas, firmadas por un medico, al igual que por los padres/tutores, y entregados a la Oficina de Actividades. Nuevamente **antes que a cualquier estudiante se le permita practicar o participar en un evento de deportes,** ellos deberán tener sus paquetes entregados en la Oficina de Actividades. Si tiene cualquier pregunta, favor de contactar a la Oficina de Actividades al 465-3503.

Es la póliza del Distrito Escolar Comunitario de Perry el proveer educación igual y oportunidad de empleo, y no discriminar ilegalmente en bases de sexo, raza, nacionalidad de origen, religión, creencia, edad, estado civil o incapacidad en sus programas y actividades.
Preguntas o preocupaciones deberán ser dirigidas a: Mr. Clark Wicks, Superintendente (515) 465-4656

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

El Distrito Escolar de Perry ha contratado a 21st Century Rehab, P.C. Para proveer cobertura medica para los equipos atlético de su hijo/a. 21st Century Rehab, P.C requiere tener consentimiento por escrito en adición a la tarjeta medica que es proveída por la Asociación de Iowa High School para proveer cuidado medico a su estudiante. Yo comprendo que este consentimiento por escrito da derecho al personal de 21st Century Rehab, P.C de evaluar y tratar a mi hijo/a en situación donde alguna atención medica sea necesaria. El personal de 21st Century Rehab, P.C solamente efectuara acciones que están dentro de la practica de la licencia de cada individuo. También doy autorización para dar información a o del doctor principal de mi estudiantes al personal de 21st Century Rehab, y el entrenador. Como los padres, o tutores legales de _____, Yo autorizo al personal de 21st Century Rehab, P.C. a:

Evaluar y tratar heridas graves si es necesario también comunicarse con el doctores principales y entrenador sobre las heridas de mi hijo/a. Si es necesaria mas atención medica los padres y doctores serán notificados. .

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____

Importante: Los estudiantes que participen en atletismo interescolar, porristas y danza; sus padres/tutores; deberán firmar el reconocimiento de la parte de abajo y regresarla a la escuela.

Los estudiantes que no tengas esta forma firmada y regresada no podrán practicar o competir en estas actividades.

Hemos recibido la hoja de información proveída con referencia a las conmociones cerebrales titulada, "Atención: Conmociones Cerebrales en los Deportes de la Escuela Secundaria."

Firma del Estudiante _____ Fecha _____ Nombre del Estudian _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____ Nombre del Padre/Tutor _____ Fecha _____

**PRE-PARTICIPACION ATLETICA
EXAMEN FISICO**

ARTICULO VII 36.14(1) EXAMINACION FISICA. Cada año los estudiantes (grados 7-12) deberán de presentar al superintendente de los estudiantes un certificado firmado por un doctor con licencia y cirujano, medico osteopatía y cirujano, osteopata, enfermera de avance registrado profesional (ARNP), asistente de doctor o un doctor calificado de quiropractia, para el resultado que el estudiante ha sido examinado y puede comprometerse cuidadosamente a competiciones atléticas.

Este certificado de examen fisico es valido para el propósito de esta regla por un año de calendario. Un periodo de gracia, sin exceder 30 días, es permitido para certificados físicos que hayan expirado.

QUESTIONARIO PARA PARTICIPACION ATLETICA (Favor de escribir a maquina o a mano esta información)

Nombre _____ Masculino ____ Femenino _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado ____

Dirección _____ Teléfono # _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Doctor de Familia _____ Teléfono # _____

Historial de Salud (Las próximas preguntas deberán ser completadas por el estudiante/atleta con la asistencia del padre o guardián. Un padre o tutor deberá firmar al final de la forma después que un examen físico sea completado.)

- | Si | No | ¿El estudiante tuvo alguna? | Si | No | ¿El estudiante tuvo alguna? |
|-----------|-----------|--|-----------|-----------|------------------------------------|
| 1. _____ | _____ | ¿Enfermedad o herida crónica o recurrente? | 16. _____ | _____ | ¿Asma? |
| 2. _____ | _____ | ¿Alguna enfermedad por mas de (1) semana? | 17. _____ | _____ | ¿Epilepsia u otros ataques? |
| 3. _____ | _____ | ¿Fiebre reumática, mononucleosis? | 18. _____ | _____ | ¿Diabetes? |
| 4. _____ | _____ | ¿Hospitalizaciones (por la noche o mas)? | 19. _____ | _____ | ¿Lentes o lentes de contacto? |
| 5. _____ | _____ | ¿Cirugías, otra aparte de tonsilectomía? | 20. _____ | _____ | ¿Frenos dentales, puentes, placas? |
| 6. _____ | _____ | ¿Falta de Órganos (ojo, riñón, testículo)? | | | |
| 7. _____ | _____ | ¿Alergias a medicina, insectos, comida? | | | |
| 8. _____ | _____ | ¿Alergias de estación (fiebre del heno)? | | | |

- | Si | No | ¿Hay un historial de? | Si | No | ¿Heridas que requieran tratamiento |
|-----------|-----------|--|-----------|-----------|---|
| 9. _____ | _____ | ¿Problemas del corazón, presión arterial, colesterol? | 21. _____ | _____ | _____ |
| 10. _____ | _____ | ¿Aceleración del corazón o fallos de latidos? | 22. _____ | _____ | ¿Cuello lastimado? |
| 11. _____ | _____ | ¿Dolor en el pecho cuando ejercita? | 23. _____ | _____ | ¿Rodilla lastimada? |
| 12. _____ | _____ | ¿Dolores de cabeza frecuentes, convulsiones, mareos, desmayos? | 24. _____ | _____ | ¿Cirugía en la rodilla? |
| 13. _____ | _____ | ¿Mareos o desmayos con el ejercicio? | 25. _____ | _____ | ¿Tobillo lastimado? |
| 14. _____ | _____ | ¿Concusión, inconsciente, entumecimiento extremo? (fracturas)? | 26. _____ | _____ | ¿Quebradura de huesos |
| 15. _____ | _____ | ¿agotamiento de calor, ataque de calor, u otros problemas relacionados con el calor? | 27. _____ | _____ | _____ |
| | | ¿Otra lesión seria de coyuntura? | 28. _____ | _____ | ¿Uso de equipo protector o frenos? |

- | Si | No | Historial mas atrás: |
|-----------|-----------|--|
| 29. _____ | _____ | ¿Hay un historial de familia o enfermedades genéticas? |
| 30. _____ | _____ | ¿Algún miembro de familia menor de 40 años de edad a muerto repentinamente por otra causa aparte de un accidente? |
| 31. _____ | _____ | ¿Algún miembro de familia a tenido un ataque al corazón que sea menor de 55 años de edad? |
| 32. _____ | _____ | ¿Usted se siente incómodamente corto de respiración después de correr 2 millas sin parar? |
| 33. _____ | _____ | Liste todos los medicamentos que esta tomando actualmente, incluyendo inhaladores de asma, y la condición por la que se toma el medicamento: |

- A.
- B.
- C.

34. ¿Cuanto es lo mas y menos que ha pesado en el pasado año? Mas _____ Menos _____
Fecha de su ultima vacuna del tétano (trismo): _____

PARA MUJERES SOLAMENTE:

1. ¿Que edad tenia cuando tuvo su primer periodo menstrual (regla)? _____
2. ¿En el pasado año, cual a sido el periodo mas largo que ha pasado entre su periodo menstrual? _____

Use este espacio para explicar cualquiera de las respuestas de arriba que haya contestado SI o para proveer información adicional:

PHYSICAL EXAMINATION RECORD (To be completed by a licensed professional as designated in Article VII 36.14(1). *This evaluation is only to determine readiness for sports participation. It should not be used as a substitute for regular health maintenance examinations.*

Athlete's Name: _____

Height _____ Weight _____ Pulse _____ Blood Pressure _____ Vision R 20/ _____ L 20/ _____

Comments regarding abnormal findings: _____

	Normal	Abnormal findings	Initials
1. Appearance (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Eyes/Ears/Nose/Throat	_____	_____	_____
3. Mouth & Teeth	_____	_____	_____
4. Neck	_____	_____	_____
4. Lymph Nodes	_____	_____	_____
6. Heart (standing & lying)	_____	_____	_____
7. Pulses (esp. femoral)	_____	_____	_____
8. Chest & Lungs	_____	_____	_____
9. Abdomen	_____	_____	_____
10. Skin	_____	_____	_____
11. Genitals - Hernia	_____	_____	_____
12. Musculoskeletal - ROM, strength,	_____	_____	_____
etc. (See questions 21 - 28)	_____	_____	_____
13. Neurological	_____	_____	_____

ATHLETIC PARTICIPATION RECOMMENDATIONS:

_____ Full and Unlimited Participation

_____ Limited Participation—May NOT participate in the following (checked):

_____ Baseball _____ Basketball _____ Cross Country _____ Football _____ Golf _____ Soccer
 _____ Softball _____ Swimming _____ Tennis _____ Track _____ Volleyball _____ Wrestling

_____ Clearance Pending Documented Follow up of _____

_____ NOT CLEARED FOR ATHLETIC PARTICIPATION

Licensed Professional's Name (Printed)

Date

Licensed Professional's Signature

Phone

_____ ~~Parent's or Guardian's Permission and Release (Sign after the physical examination has been completed.)~~

I hereby give my consent for the above named student to engage in approved athletic activities as a representative of his/her school, except those activities indicated above by the licensed professional. I also give my permission for the team's physician, athletic trainer, or other qualified personnel to give first aid treatment to my son or daughter at an athletic event in case of injury.

Typed or printed Name of Parent or Guardian

Signature of Parent of Guardian

Address (Street/PO Box, City, State, Zip)

Phone Number

This form has been developed with the assistance of the Committee on Sports Medicine of the Iowa Medical Society and has been approved for use by the Iowa Department of Education, Iowa High School Athletic Association, and Iowa Girls High School Athletic Union.

COMUNIDAD DE LAS ESCUELAS DE PERRY
ACTIVIDAD DE PARTICIPATION PARA ESTUDIANTES

Nombre del Estudiante _____ Año Escolar _____ Grado _____

CONOCIMIENTO DE RIESGO PARA EL ESTUDIANTE

Yo entiendo que he sido apropiadamente avisado y advertido por el personal apropiado de entrenadores y administrativos del distrito escolar de Perry que al participar en atletismo, yo estoy exponiéndome a un riesgo serio de lastimarme incluido pero no limitado como: torceduras, fracturas ligamentos y daño de cartílago que puede ser temporal o permanente, daño en el uso de las extremidades parcial o completamente, daño cerebral, parálisis y también la muerte. Yo estoy advertido y aun así es mi deseo participar en atletismo. Yo entiendo completamente el riesgo que corro al participar en atletismo y aun así deseo participar en atletismo.

CONOCIMIENTO DE RIESGO POR LOS PADRES/GUARDIANES

Nosotros/Yo entiendo que hemos sido advertidos por el personal apropiado de entrenadores y administrativos del distrito escolar de Perry que nuestro/mi hijo(a) corre el riesgo de sufrir cualquier clase de fractura, torcedura, daño cerebral, parálisis, y también la muerte al participar en atletismo, sin embargo con tal aviso y entendimiento total de lo que esto significa, yo/nosotros le damos nuestro consentimiento/permiso a nuestro hijo(a) de que participe en tal actividad/atletismo. Nosotros/Yo entiendo que la escuela no ofrece ni provee aseguranza medica para mi hijo(a).

Firma del Estudiante _____

Firma del Padre/Guardián _____

ELEGIBILIDAD PARA EL ESTUDIANTE: CODIGO DE CONDUCTA

Yo entiendo que el grupo directivo escolar a desarrollado una elegibilidad para los estudiantes: La póliza del código de conducta relevante, la cual prohíbe que el estudiante que participa en atletismo/actividad use alcohol, tabaco y control de substancias.

Yo también entiendo que esta póliza incluye las cuestiones criminales en las actividades/atletismo por el estudiante.

Yo entiendo que la copia de esta póliza esta incluida en el libro del estudiante que mi hijo(a) recibió el día de la registración.

Yo entiendo que la competición atlética incluye varios riesgos de lastimarse, incluyendo el riesgo catastrófico de una lesión.

Yo entiendo que mi hijo es responsable de pagar por el uniforme de su equipo, si lo pierde, o si se lo roban mientras este bajo su cuidado.

Yo he verificado que tengo aseguranza médica y que soy responsable por los gastos médicos.

Yo entiendo las expectativas de un buen deporte del Distrito Escolar de la Comunidad de Perry para los estudiantes y los padres.

Esta aplicación para participar para las actividades para el distrito escolar de la comunidad de Perry es totalmente voluntaria de mi parte Yo certifico que he leído la forma del estudiante, y el código de conducta para la elegibilidad del estudiante para participar en actividades de la comunidad del distrito escolar de Perry, y certifico que entiendo completamente todo y estoy de acuerdo.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

Favor de regresar esta hoja al respectivo entrenador.