

**Cuestionario de actualización del historial de salud del
Departamento de Educación de Nueva Jersey**

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o equipo atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial de salud completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Alumno/Alumna: _____

Edad: _____ Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____

Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, ¿tiene su hijo / hija?:

1. Me han aconsejado médicamente que no participe en un deporte? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Sufrió una conmoción cerebral, estuvo inconsciente o perdió la memoria de un golpe en la cabeza? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

3. Se rompió un hueso o se torció / se torció / dislocó cualquier músculo o articulación? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle

4. ¿Desmayado o "desmayado?" Si No

En caso afirmativo, ¿fue esto durante o inmediatamente después del ejercicio??

5. ¿Dolores de pecho experimentados, falta de aliento o "corazón acelerado?" Si No

En caso afirmativo explicar

6. ¿Ha habido una historia reciente de fatiga y cansancio inusual? Si No

7. ¿Ha sido hospitalizado o tuvo que ir a la sala de emergencias? Si No

En caso afirmativo, explique en detalle

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha sufrido un ataque cardíaco o "problema cardíaco"? Si No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar medicamentos de venta libre o recetados? Si No

10. ¿Le han diagnosticado coronavirus (COVID-19)? Si No

Si le diagnosticaron coronavirus (COVID-19), ¿su hijo / hija fue sintomático? Si No

Si le diagnosticaron coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo / a? Si No

11. ¿Algún miembro de la familia del estudiante-atleta ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID-19)? Si No

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completado a la oficina de la enfermera de la escuela

MEDICINA DEPORTIVA DE LA ESCUELA SECUNDARIA PASSAIC

INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL ATLETA

(TODAS LAS LÍNEAS DEBEN RELLENARSE COMPLETAMENTE)

Nombre: _____ Date: _____ Birthdate: _____ Grade (Por favor, Círculo):^{6o} 7o 8o 10o 11o 12o

Domicilio: _____ Mejor teléfono de contacto: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono del médico: _____

En caso de contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Mejor teléfono de contacto: _____

2^{da} Relación con el nombre de contacto: _____ Mejor teléfono de contacto: _____

En caso de emergencia, Hospital de Elección: _____

Información del seguro

(POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO)

O

(SI NO TIENE SEGURO, TODAVÍA SE LE REQUIERE INDICAR NINGUNO EN LA LÍNEA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR DE LA PÁGINA)

Compañía de Seguros: _____ Teléfono de la Compañía de Seguros: Póliza de _____ Group de La Compañía de Seguros _____

Procedimiento de Seguro de Accidentes Escolares

- (1) La Junta de Educación de Passaic ha comprado un plan de seguro solo para accidentes que proporciona beneficios por encima de los gastos no pagados o son pagaderos por otro seguro válido o cobrable.
- (2) Junto con la factura detallada, incluya una copia del estado de explicación de los beneficios de su compañía de seguros principal. Si otro seguro niega la totalidad o una parte de los beneficios, necesitaremos una copia de la denegación que muestre la razón por la cual se negaron los gastos.
- (3) Si el estudiante no está cubierto por ningún otro seguro de cobre a través del empleo de los padres o tutores del estudiante, requerimos una carta del empleador para verificar que no existe otra cobertura. El estudiante también puede proporcionar una carta sobre el membrete de los empleadores para verificar que no existía cobertura en el momento en que se

Yo/nosotros el padre/tutor legal de _____ (nombre del atleta impreso), somos conscientes de que probar, practicar o jugar en cualquier deporte puede ser una actividad peligrosa que implica muchos riesgos o lesiones. Reconozco el hecho de que, hasta el máximo conocimiento, nuestro hijo no tiene ninguna condición física que les impida cualquier participación atlética. Entiendo que los peligros y riesgos incluyen, pero no se limitan a, muerte, lesiones graves de cabeza, cuello y columna vertebral, parálisis, lesiones o deterioro del sistema musculoesquelético, u otros aspectos del cuerpo, salud general y bienestar.

Debido a los peligros de participar en los deportes, reconocemos y discutiremos con nuestro niño la importancia de seguir las instrucciones del personal del departamento deportivo con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento, reglas del equipo deportivo/equipo, y obedecer dichas reglas. Yo/ nos damos cuenta y discutiremos con nuestro niño que todas las lesiones / enfermedades que se sufren durante los períodos de participación atlética oficial, organizada (incluyendo todas las prácticas programadas regularmente y competiciones) deben ser reportadas al entrenador deportivo, o entrenador.

Por la presente otorgamos permiso, en caso de una emergencia, para que nuestro hijo sea transportado, examinado y tratado en el centro médico u hospital local por un médico certificado. Se nos notificará inmediatamente de tales circunstancias.

También autorizo al Entrenador Atlético del Distrito Escolar Passaic, que está bajo la dirección y orientación del Médico del Equipo de La Junta de Educación de Passaic, a entregar a nuestro niño cualquier medida preventiva por lesiones, primeros auxilios, tratamiento, rehabilitación, tratamiento de emergencia y **telesalud y telemedicina** que consideren razonable y necesaria para la salud y el bienestar de nuestro hijo.

TENGA EN CUENTA: EN TODAS Y CADA UNA DE LAS SITUACIONES DE LESIONES OCURRIDAS POR LA JUNTA DE EDUCACIÓN DE PASSAIC ESTUDIANTE ATHLETE, LA DECISIÓN FINAL SOBRE EL ESTADO DE JUEGO SERÁ DETERMINADA POR EL MÉDICO DEL EQUIPO PASSAIC. ****

Es con mi/nuestro consentimiento y aprobación que mi/nuestro hijo, _____, se le permita participar en Passaic BOE Athletics, incluyendo los viajes en equipo para el año escolar. Al firmar a continuación, estamos reconociendo la comprensión del contenido de la declaración anterior y estamos atestiguando que la información proporcionada por nosotros es exacta.

Firma del padre/tutor: _____

Date: _____