

**Departamento de Atletismo de las Escuelas Públicas de D.C.
Asociación Atlética Interescolar del Distrito de Columbia****CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES (CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION)**Al/a la directora/a de: _____
Nombre de la Escuela (Name of School)INFORMACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE: _____
NOMBRE COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO GRADO (Grade)
(Name as it appears on Birth Certificate)FECHA DE NACIMIENTO (Date of Birth) EDAD EL 1 DE AGOSTO (Age on Aug. 1st) AÑO ESCOLAR (School Year)DIRECCIÓN: _____
DIRECCIÓN COMPLETA (Street Address)

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL PADRE/ENCARGADO: _____

PERMISO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE (STUDENT PARTICIPATION PERMISSION)

Participar en deportes de competencia puede resultar en lesiones graves, que incluyen la parálisis, o la muerte. Las mejoras en el equipo deportivo, en el tratamiento médico, y en el acondicionamiento físico, al igual que cambios en el reglamento, han reducido estos riesgos, pero es imposible eliminar por completo estos incidentes en los deportes.

Por este medio doy mi consentimiento al/a la estudiante mencionado/a anteriormente a representar a su escuela en **TODOS LOS PROGRAMAS DE DEPORTES** que se ofrecen (antes, durante, y después de la temporada regular), incluyendo viajes del equipo dentro y fuera de la ciudad.

EXCEPTO (EXCEPT): _____

DECLARACIÓN: Antes de participar en programas interescolares y/o en viajes, todos/as los/as estudiantes (de 18 años de edad o mayores), y los padres/encargados de estudiantes-atletas menores de 18 años que quieran participar en tales programas y/o viajes, tienen la obligación de firmar este formulario y será asumido que renuncian de antemano a hacer denuncias en contra de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia, sus empleados, y el Distrito de Columbia por lesiones, accidentes, o enfermedades ocurridas durante o por haber participado en un programa atlético interescolar y/o viaje. Acepto la responsabilidad de informarle a la escuela sobre cualquier cambio en esta información. Los/as estudiantes que participan en competencias deportivas pueden ser fotografiados/as durante esa competencia.

Yo, el padre o encargado del/ de la menor solicitante, por este medio doy permiso para que las Escuelas Públicas de DC o su representante, puedan tomar videos, fotografiar, y grabar la voz del/de la menor participante aquí mencionado para propósitos de medios de comunicación, mercadeo, o de promoción relacionados con su participación en un Programa de Deportes de las Escuelas Públicas de DC. Esto puede incluir publicaciones en internet, exhibiciones fotográficas, u otras oportunidades promocionales.

He leído este formulario y entiendo las reglas aquí expresadas, y la información suministrada es verdadera y correcta según mi entender y conocimiento.

FIRMA del Padre/Encargado/Estudiante (mayor de 18 años)
Signature of Parent/Legal Guardian/Student (18years +)_____
Fecha (Date)_____
Parentesco con el/la Estudiante
(Relationship to Student)_____
Teléfono de casa/trabajo
(Home/Work Telephone)_____
Teléfono Celular o Número Alternativo
(Cell Phone or Alternative Number) Yo/mi hijo/a estamos cubiertos por seguro médico
(I am / my child is covered by Medical Insurance) Yo/mi hijo/a no estamos cubiertos por seguro médico
(I am not / my child is not covered by Medical Insurance)

Datos del Atleta e Información del Tratamiento de Emergencia

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) _____

Identificación (ID) del estudiante de las EPDC# _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Escuela _____ Año escolar _____

Contacto de emergencia: Proporcione al menos 2 contactos (*El Padre de Familia/Guardián se debe indicar primero como el Contacto Principal)

Nombre	Relación	Casa	Trabajo	Móvil
	Padre de Familia/Guardián			

Correo electrónico del Padre de Familia/Guardián: _____

Seguro médico y facturación

Compañía de Seguro _____ Póliza # _____ Teléfono de la Compañía de Seguro _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de vigencia _____

¿Tiene usted algunas de las siguientes condiciones de salud (marque todas las que correspondan)?

- Anemia Asma _____ (Tipo de inhalador) Anemia falciforme / Rasgo drepanocítico Diabetes
 Epilepsia Hipertensión arterial Contusión cerebral/lesión en la cabeza previa; si su respuesta es sí, en que fecha?
 Alergias (¿Usó epinefrina autoinyectable? Sí No) Otro _____

¿Usa usted lentes de contacto o gafas? Lentes de contacto Gafas ¿Cuándo fue su último refuerzo de tétanos?

Mes/Año _____ Enumere todos los medicamentos que usa actualmente incluyendo medicamentos con receta, de venta libre e inhaladores de rescate _____

En caso que sea necesario que este estudiante requiera tratamiento médico mientras participa en un evento deportivo interescolar, excursión o clase de práctica, por medio de la presente autorizo a los proveedores de atención médica de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (entrenadores deportivos, médicos del equipo/partido y técnicos en emergencias médicas (EMTs) a proporcionar cuidados médicos a mi hijo(a) y/o a obtener los servicios médicos apropiados. Además, si el personal de las EPDC no puede contactar a las personas antes designadas, doy mi consentimiento a los proveedores de atención médica deportiva de las EPDC para que lleven a mi hijo(a) a un hospital, centro de cuidados de emergencia o médico disponible.

Firma _____ Fecha _____
(Padre de Familia, Guardián o estudiante mayor de 18 años de edad)

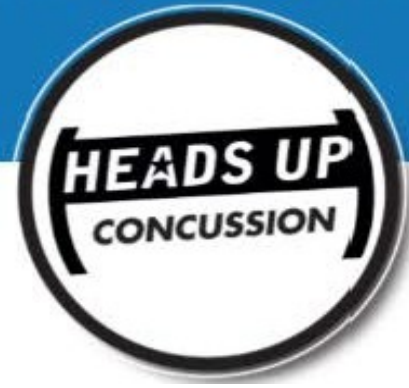
For Office Use Only:

Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____ AT/SC Initials: _____



Medicina Deportiva de la Asociación de Atletismo Interescolar del Distrito de Columbia (DCIAA)

HOJA INFORMATIVA SOBRE CONTUSIONES CEREBRALES PARA PADRES DE FAMILIA Y ATLETAS



QUÉ ES UNA CONTUSIÓN CEREBRAL?

Una contusión cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática que cambia la manera en que el cerebro funciona normalmente. Una contusión cerebral es causada por un golpe, puñetazo o un impacto U1e en la cabeza o en el cuerpo que hacen que el cerebro se mueva rápidamente de un lado a otro. Incluso un "chichón" (abolladura), "tener una pérdida momentánea de conciencia", o lo que parece ser un golpe o impacto leve en la cabeza puede ser grave.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y LOS SÍNTOMAS DE UNA CONTUSIÓN CEREBRAL?

Los signos y los síntomas de una contusión cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o bien es posible que no aparezcan o que no sean advertidos sino hasta días o semanas después de la lesión.

Si un atleta reporta uno o más síntomas de contusión cerebral después de un golpe, puñetazo o impacto en la cabeza o en el cuerpo, se lo debe mantener fuera de juego el día de la lesión U1e. El atleta solo debe regresar al juego con la autorización de un profesional de atención médica experimentado en evaluar contusiones cerebrales.

¿SA BÍA USTED ESTO?

- La mayoría de las contusiones cerebrales ocurren sin pérdida de la consciencia.
- Los atletas en que algún momento de sus vidas, han tenido una contusión cerebral tienen un mayor riesgo de sufrir otra contusión.
- Los niños pequeños y los adolescentes son más propensos a sufrir una contusión cerebral y les lleva más tiempo recuperarse que los adultos.

SÍNTOMAS REPORTADOS POR EL ATLETA:

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas con el equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Sensibilidad a la luz
- Sensibilidad al ruido
- Sentirse lento, difuso, confundido o atontado
- Problemas de concentración o de memoria
- Confusión
- Simplemente no se está "sintiendo bien" o "se siente decaído"

SIGNOS OBSERVADOS POR EL PERSONAL DEL CUERPO TÉCNICO:

- Parece aturdido o anonadado
- Está confundido con la tarea o la posición
- Se olvida de una instrucción
- No está seguro del juego, del marcador o del oponente
- Se mueve con torpeza
- Responde las preguntas con lentitud
- Pierde la consciencia (aún por un corto lapso)
- Presenta cambios de humor, conducta o personalidad
- No puede recordar los incidentes previos al golpe o caída
- No puede recordar los incidentes posteriores al golpe o caída



"ES MEJOR PERDER UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA"

SIGNOS DE PELIGRO DE CONTUSIÓN CEREBRAL

En casos excepcionales, se puede formar un coágulo peligroso en el cerebro de una persona con una contusión cerebral y empujar el cerebro contra el cráneo. Un atleta debe recibir atención médica inmediata si después de un golpe, puñetazo o impacto en la cabeza o en el cuerpo presenta alguno de los siguientes signos peligrosos:

- Una pupila más grande que la otra
- Está adormilado o no se lo puede despertar
- Un dolor de cabeza que empeora
- Debilidad, entumecimiento (insensibilidad), o menor coordinación
- Vómitos o náuseas reiteradas
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques epilépticos
- No puede reconocer personas o lugares
- Se vuelve cada vez más confundido, inquieto o agitado
- Tiene un comportamiento inusual
- Pierde la consciencia (aún la pérdida de consciencia por un corto lapso de tiempo se debe tomar en serio)

¿QUÉ DEBE HACER USTED SI CONSIDERA QUE SU ATLETA TIENE UNA CONTUSIÓN

1. Si usted sospecha que un atleta tiene una contusión cerebral, saque al atleta del juego y busque atención médica. No trate de juzgar la gravedad de la lesión usted mismo. Mantenga al atleta fuera de juego el día de la lesión y hasta que un profesional de atención médica, experimentado en la evaluación de contusiones cerebrales, diga que no tiene síntomas y que está BIEN que regrese al juego.

2. El descanso es clave para ayudar a un atleta a recuperarse de una contusión cerebral. Los ejercicios o las actividades que involucran mucha concentración, tales como estudiar, trabajar en la computadora y jugar videojuegos, pueden hacer que los síntomas de contusión cerebral reaparezcan o empeoren. Después de una contusión cerebral, el regreso a los deportes y a la escuela es un proceso gradual que debe ser manejado y supervisado cuidadosamente por un profesional de atención médica.

3. Recuerde: Las contusiones cerebrales afectan a las personas de diferentes maneras. Si bien la mayoría de los atletas con una contusión cerebral se recuperan rápidamente y por completo, algunos tendrán síntomas que duran días e incluso semanas. Una contusión cerebral más grave puede durar meses o más tiempo.

POR QUÉ UN ATLETA DEBE REPORTAR SUS SÍNTOMAS?

Si un atleta tiene una contusión cerebral, su cerebro necesita tiempo para curarse. Mientras el cerebro del atleta aún se está curando, ella/él es mucho más propenso a tener otra contusión. Las contusiones cerebrales reiteradas pueden aumentar el tiempo que le toma recuperarse. En casos excepcionales, las contusiones reiteradas en atletas jóvenes pueden resultar en edema cerebral o en daño cerebral permanente. Incluso pueden ser fatales.

Yo, el atleta, entiendo que tengo la responsabilidad de reportar mis síntomas a mis entrenadores, administradores y/o proveedores de atención médica. También entiendo que no debo tener síntomas antes de poder volver a jugar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE-ATLETA EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DE ESTUDIANTE-ATLETA

FECHA

He leído la hoja informativa de Medicina Deportiva de la Asociación de Atletismo Interescolar del Distrito de Columbia (DCIAA) sobre Contusiones Cerebrales y entiendo que tengo la responsabilidad de reportar los síntomas de mi hijo(a) a los entrenadores, administradores y proveedores de atención médica. También entiendo que mi hijo(a) no debe tener síntomas antes de poder volver a jugar.

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/GUARDIÁN

FECHA

ÚNASE A LA CONVERSACIÓN

www.facebook.com/CDCHeadsUp



PARA APRENDER MÁS VISITE >> WWW.CDC.GOV/CONCUSSION

Fuente de Contenidos: Programa Heads Up de los CDC. Creado a través de un subsidio a la Fundación de los CDC del Comité Operativo Nacional para las Normas de Equipos Deportivos (NOCSAE).





La Asociación Atlética Interescolar del Distrito de Columbia (DCIAA, por sus siglas en inglés) utiliza un programa informático de gestión de conmociones cerebrales llamado "SWAY". Sway combina medidas objetivas del equilibrio mediante acelerómetros y sensores que ya están integrados en su dispositivo móvil, así como medidas cognitivas, en aras de ayudar a los profesionales de la salud a realizar

evaluaciones precisas y bien fundadas desde un dispositivo móvil propio.

Equilibrio: Sway mide la estabilidad por medio de sensores de movimiento integrados en cualquier dispositivo móvil o tableta a fin de cuantificar el equilibrio postural. Mientras se mantiene el dispositivo presionado contra el pecho, un algoritmo de análisis de movimiento calcula la estabilidad que permite a los profesionales de la salud realizar una prueba de equilibrio de grado médico en prácticamente cualquier ambiente.

Cognitivo: Además del equilibrio, Sway reúne mediciones claves en la gestión de las conmociones cerebrales, como:

- Memoria
- Tiempo de reacción
- Control de impulsos
- Tiempo de inspección

Prueba de referencia:

- Será necesario realizar una medición de referencia cada año al comienzo de la temporada deportiva y/o después de recuperarse de una conmoción cerebral conocida.

¿Por qué utilizar un programa informático para la gestión de conmociones cerebrales?

1. Protege su seguridad - incluso de usted mismo. A veces los deportistas se sorprenden de lo mal que les va en esta prueba después de haber asumido que están bien. Las pruebas cognitivas y de equilibrio nos permiten ver los síntomas invisibles que pueden aparecer durante una conmoción cerebral.
2. Seguimiento - Podemos ver la rapidez con la que usted se recupera para que pueda volver a jugar lo antes posible. También podemos hacer un seguimiento si las cosas no van tan bien e identificar maneras en que podemos ayudar a su recuperación.
3. Datos objetivos contundentes - En caso de duda, los datos objetivos pueden servir como otro referente de información para identificar deficiencias y ayudar a diagnosticar los síntomas de la conmoción cerebral o postconmoción cerebral.

¿Qué ocurre cuando se sospecha que existe un traumatismo craneal?

Conforme a la Ley del Distrito de Columbia, todo deportista al que se le vea golpearse la cabeza y presente signos o síntomas de trastorno vestibular, deterioro cognitivo, dolor de cabeza u otro efecto sistémico (como náuseas o problemas visuales) debe ser examinado por un profesional médico y evaluado para determinar si se trata de una conmoción cerebral relacionada con la práctica deportiva. Puede encontrar más información sobre las conmociones cerebrales en la página de información para padres de los CDC titulada "Heads Up to School Sports". (<https://www.cdc.gov/headsup/highschoolsports/parents.html>).

En caso de que tenga alguna pregunta o preocupación con respecto a nuestros protocolos de gestión de conmociones cerebrales, no dude en comunicarse con la Entrenadora Principal de Deportes de DCIAA, la Dra. Jamila L. Watson, DAT, LAT, ATC o con el entrenador de deportes de la escuela de su hijo.

Para más información sobre el programa informático Sway, visite: <https://swaymedical.com>.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

- ¿Ha sufrido su hijo alguna conmoción cerebral anteriormente? ___ Sí ___ No
- Total de conmociones cerebrales sufridas _____
- Fechas de las conmociones cerebrales sufridas _____
- ¿Ha sido su hijo sometido previamente a una prueba de conmoción cerebral SWAY? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

He leído la información anterior y certifico que entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas para mi satisfacción. Estoy de acuerdo en participar en el Programa de Gestión de Conmociones Cerebrales de SWAY.

Nombre impreso del estudiante-deportista

Deporte principal de interés

Firma del estudiante-deportista Fecha

Firma del padre o madre Fecha



DCIAA Athletic Director Review of Student Participation Paperwork

I, the undersigned Athletic Director, verify that this student is on track to become eligible upon the approval of all paperwork in this packet. I further acknowledge that I have reviewed all information submitted by the parent, guardian, or student and found the forms to be properly completed.

Printed Name of Athletic Director

School

Signature of Athletic Director

Date