

Departamento de Atletismo de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia  
Asociación Atlética Interescolar del Distrito de Columbia

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Para el director de: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA ESCUELA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE TAL COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO GRADO

\_\_\_\_\_ 2025-2026  
FECHA DE NACIMIENTO EDAD EN EL 1 DE AGOSTO DE 2025 AÑO ESCOLAR

RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

TELÉFONO PRINCIPAL DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE PERMISO DE PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES Y PADRES / TUTORES\*

Al autorizar y consentir la participación de mi estudiante en atletismo y deportes interescolares, entiendo y doy pleno consentimiento a lo siguiente::

- **Asunción de riesgo:** Entiendo que la participación en los deportes competitivos es voluntaria y entiendo que puede resultar en lesiones graves, incluida la parálisis o la muerte. La mejora en el equipo, el tratamiento médico y el acondicionamiento físico, así como los cambios en las reglas, han reducido estos riesgos, pero entiendo que es imposible eliminar por completo tales ocurrencias de los deportes. Asumo el riesgo de lesión a mi estudiante-atleta que puede ocurrir en una actividad deportiva.
- **Liberación de responsabilidad:** Con plena comprensión de los riesgos involucrados y en consideración de la aceptación del estudiante por parte de las DCPS en su programa de atletismo, y los beneficios derivados por mi hijo de la participación, acepto liberar y eximir de responsabilidad a las DCPS / DCIAA, sus miembros, empleados, entrenadores, agentes, contratistas y / o voluntarios de toda responsabilidad, reclamos, causas de acción, o demandas derivadas de la participación del estudiante en los deportes interescolares.
- **Tratamiento médico de emergencia:** En una situación de emergencias, por la presente doy mi consentimiento y autorizo a DCIAA / DCPS / DCSAA y a sus agentes, servidores y / o empleados a dar su consentimiento en mi nombre y en nombre del estudiante atleta, para administrar atención / tratamiento médico de emergencia en caso de que no pueda ser notificado debido a la urgencia de la emergencia o después de intentar razonablemente notificarme de la necesidad de dicha atención / tratamiento médico de emergencia.
- **Uso de sustancias controladas/drogas:** Afirmo que el estudiante atleta no debe usar esteroides, drogas ilegales, alcohol, cigarrillos electrónicos, dispositivos de vapeo o de tabaco a menos que se lo recete médicamente para una afección o enfermedad específica.
- **Novatadas / Intimidación escolar (Bullying):** Entiendo que las novatadas y la intimidación escolar (*bullying*) están prohibidas en todo momento. Las novatadas implican cualquier acto que someta a los compañeros de equipo a alguna incomodidad mental o física, vergüenza, acoso o ridículo; La intimidación implica tratar de dañar, intimidar o coaccionar. Se espera que todos los participantes del Programa de Atletismo de las DCPS exhiban un comportamiento que promueva una cultura positiva.
- **Elegibilidad:** Entiendo que el estudiante atleta debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, incluidos, entre otros, la edad, la residencia, la asistencia a la escuela, el rendimiento académico y el examen físico. El estudiante atleta

también deberá cumplir con todas las políticas y procedimientos de DCIAA / DCPS / DCSAA en todo momento para seguir siendo elegible para participar en el atletismo interescolar. Además, entiendo que la participación en atletismo interescolar es un privilegio y si el estudiante no reúne los requisitos de elegibilidad o cumplimiento en cualquier momento, el estudiante puede ser retirado inmediatamente de la participación.

Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente represente a su escuela **en TODOS LOS PROGRAMAS DEPORTIVOS** ofrecidos (**fuera de temporada, pretemporada, temporada y posttemporada**), incluidos los viajes en equipo para viajes locales o fuera de la ciudad.

EXCEPCIONES (si no hay ninguna, por favor ponga N/A): \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los estudiantes que participan en competiciones atléticas pueden ser fotografiados o grabados en video durante la competencia. No hay compensación asociada.

\_\_\_\_\_ Yo, el padre/tutor del estudiante-atleta menor de edad o el estudiante-atleta que ha cumplido 18 años de edad, por la presente **ACEPTO que las DCPS o sus representantes**, pueden grabar en video, fotografiar y grabar la voz del estudiante-atleta aquí nombrado para fines de medios, mercadotecnia o promocionales relacionados con su participación en el Programa de Atletismo de las DCPS. Esto puede incluir publicaciones en línea, exhibiciones de fotos y otras oportunidades promocionales.

\_\_\_\_\_ Yo, el padre/tutor del estudiante-atleta menor o el estudiante-atleta que ha cumplido 18 años de edad, por la presente **NO ACEPTO que** el estudiante-atleta sea grabado en video, fotografiado o grabado por las DCPS para fines de medios, mercadeo o promocionales relacionados con su participación en el Programa de Atletismo de las DCPS y por la presente ME EXCLUYO DE DICHA PARTICIPACIÓN.

Aviso: este consentimiento de los medios no restringe el derecho de ningún estudiante a participar en una promoción comercial o de mercadeo siempre que no haya un nombre o logotipo de afiliación de la escuela, las DCPS o la DCSAA visible y notifiquen a las DCPS / DCSAA, según la política de la DCSAA. Consulte el Manual de la DCSAA para obtener más información para obtener más información.

-----  
**DECLARACIÓN:** Antes de participar en programas interescolares y / o viajes, entiendo que todos los padres / tutores de estudiantes menores y estudiantes de 18 años de edad o más que buscan participar en dichos programas y / o viajes, deben firmar este formulario para poder participar. Acepto la responsabilidad de informar rápidamente a la escuela del estudiante de cualquier cambio futuro de la información proporcionada. **Por la presente certifico que he leído cuidadosamente este formulario en su totalidad y entiendo la información contenida en este documento. Además, por la presente certifico que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO del padre/tutor o estudiante (18 años +)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE of Parent/Guardian or Student (18 years+)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Parentezco con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa/trabajo

\_\_\_\_\_  
Teléfono móvil o número alternativo

( ) El estudiante tiene seguro médico

( ) El estudiante no tiene seguro médico

\*DCPS= Escuelas Públicas del Distrito de Columbia

\*DCIAA= Asociación Atlética Interescolar del Distrito de Columbia

\*DCSAA= Asociación Atlética del Estado del Distrito de Columbia

**Datos del estudiante atleta e información del tratamiento en caso de emergencia**

Nombre (apellido, primer, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ # de id. del estudiante (DCPS) \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Género  Masculino  Femenino  No binario Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Año escolar **2025-2026**

**Contacto de emergencias: Por favor, proporcione al menos 2 (dos) contactos (\*padre de familia/tutor debe aparecer primero como contacto principal)**

Nombre	Parentesco	Teléfono residencial	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
	<b>Padre/madre/tutor</b>			

Correo electrónico del padre/tutor \_\_\_\_\_ Correo electrónico de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

**Seguros y facturación**

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_ teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Nombre/relación del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_

**¿El estudiante atleta tiene alguna de las siguientes condiciones?** (Marque todas lo que corresponda)

- Anemia  Asma: Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad \_\_\_\_\_
- Anemia de células falciformes / portador de células falciformes  Diabetes  Epilepsia  Hipertensión
- Conmoción cerebral previa/lesión en la cabeza; En caso afirmativo, fecha \_\_\_\_\_
- Alergias \_\_\_\_\_ Se utilizó la *Epi-Pen*  Sí, Fecha de caducidad \_\_\_\_\_  No
- Otro \_\_\_\_\_

¿El estudiante atleta usa lentes de contacto o anteojos?  Contactos  Anteojos  N/A

Fecha de la última vacuna de refuerzo contra el tétano Mes/Año \_\_\_\_\_

Enumere otros medicamentos que se usan actualmente, incluidos los recetados y de venta libre: \_\_\_\_\_

En caso de que sea necesario que el estudiante atleta requiera tratamiento médico mientras participa en un evento atlético interescolar, viaje o sesión de práctica, por la presente autorizo a los proveedores de atención médica de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS) y sus agentes (entrenadores, directores deportivos, médicos de equipo / juego y técnicos médicos de emergencia (EMT) a brindar atención médica al estudiante atleta y / u obtener los servicios médicos apropiados. Además, si el personal de las DCPS no puede comunicarse con los personas/contactos de emergencia designados anteriormente, doy mi consentimiento a los proveedores de atención médica de las DCPS y a sus agentes para enviar a mi hijo a un hospital, centro de atención de emergencia o doctor disponible para recibir tratamiento médico. En una situación de emergencia, por la presente doy mi consentimiento y autorizo a DCIAA / DCPS / DCSAA y a sus agentes, servidores y / o empleados a dar su consentimiento en mi nombre y en nombre de mi hijo, para administrar atención / tratamiento médico de emergencia en caso de que no pueda ser notificado debido a la urgencia de la emergencia o después de intentar razonablemente notificarme de la necesidad de dicha atención / tratamiento médico de emergencia. Entiendo que este formulario firmado es necesario para que el estudiante-atleta participe en deportes.

Firma \_\_\_\_\_  
 (Padre/tutor o estudiante de al menos 18 años)

Fecha \_\_\_\_\_

<b>For Office Use Only:</b>	
Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____	AT/SC Initials: _____
Optional Notes _____	



## INFORMACIÓN SOBRE CONMOCIÓN CEREBRAL Y PARO CARDÍACO REPENTINO Y FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES/TUTORES Y ESTUDIANTES-ATLETAS

### INFORMACIÓN SOBRE LA CONMOCIÓN CEREBRAL

#### ¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática que cambia la forma en que el cerebro funciona normalmente. Una conmoción cerebral es causada por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente de un lado a otro. Incluso un "golpecito", "hacer sonar la campana" o lo que parece ser un golpe leve o un golpe en la cabeza puede ser grave.

#### ¿Cuáles son los signos y síntomas de una conmoción cerebral?

Los signos y los síntomas de la conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer o notarse hasta días o semanas después de la lesión. Si un atleta reporta uno o más síntomas de conmoción cerebral después de un golpe, choque o sacudida en la cabeza o en el cuerpo, debe mantenerse fuera de juego el día de la lesión. El atleta solo debe volver a jugar con el permiso de un profesional de la salud con experiencia en la evaluación de la conmoción cerebral.

#### ¿Sabía que?

- La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin pérdida del conocimiento.
- Los atletas que, en cualquier momento de sus vidas, han tenido una conmoción cerebral tienen un mayor riesgo de otra conmoción cerebral.
- Los niños pequeños y adolescentes tienen más probabilidades de sufrir una conmoción cerebral y tardan más en recuperarse que los adultos.

<b>Síntomas reportados por el atleta:</b>	<b>Signos observados por el cuerpo técnico:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza</li><li>• Náuseas o vómitos</li><li>• Problemas de equilibrio o mareos</li><li>• Visión doble o borrosa</li><li>• Sensibilidad a la luz</li><li>• Sensibilidad al ruido</li><li>• Sensación de lentitud, nebulosidad, niebla o aturdimiento</li><li>• Problemas de concentración o de memoria</li><li>• Confusión</li><li>• Simplemente no "sentirse bien" o "sentirse deprimido"</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parece mareado o aturdido</li><li>• Está confundido acerca de la función o la posición</li><li>• Olvida una instrucción</li><li>• No está seguro del juego, la puntuación o el oponente</li><li>• Se mueve torpemente</li><li>• Responde preguntas lentamente</li><li>• Pierde el conocimiento (aunque sea brevemente)</li><li>• Muestra cambios de humor, comportamiento o personalidad</li><li>• No puede recordar eventos antes del golpe o de la caída</li><li>• No puede recordar eventos después del golpe o de la caída</li></ul>
<b>"ES MEJOR PERDERSE UN PARTIDO QUE TODA LA TEMPORADA".</b>	

### **Signos de peligro de conmoción cerebral**

En casos raros, se puede formar un coágulo de sangre peligroso en el cerebro de la persona con una conmoción cerebral y empujar el cerebro contra el cráneo. Un atleta debe recibir atención médica inmediata si después de un golpe, choque o sacudida en la cabeza o el cuerpo exhibe cualquiera de los siguientes signos de peligro:

- Una pupila más grande que la otra
- Está somnoliento o no se puede despertar
- Un dolor de cabeza que empeora
- Debilidad, entumecimiento o disminución de la coordinación
- Vómitos o náuseas repetidos
- 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 el conocimiento (incluso una breve pérdida de conciencia debe tomarse en serio)

### **¿Qué debe hacer si cree que su atleta tiene una conmoción cerebral?**

1. Si sospecha que un atleta tiene una conmoción cerebral, retire 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 la salud, con experiencia en la evaluación de la conmoción cerebral, diga que no tiene síntomas y que está bien volver a jugar.
2. El descanso es clave para ayudar a un atleta a recuperarse de una conmoción cerebral. El ejercicio o las actividades que implican mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora y jugar videojuegos, pueden hacer que los síntomas de la conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, regresar a los deportes y la escuela es un proceso gradual que debe ser manejado y supervisado cuidadosamente por un profesional de la salud.
3. Recuerde: las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. Aunque la mayoría de los atletas con una conmoción cerebral se recuperan rápida y completamente, algunos tendrán síntomas que durarán días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.

### **¿Por qué un atleta debe reportar sus síntomas?**

Si un atleta tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para curarse. Mientras que el cerebro de un atleta todavía se está sanando, es mucho más probable que tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que lleva recuperarse. En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas en atletas jóvenes pueden provocar inflamación cerebral o daño permanente al cerebro. Incluso pueden ser fatales.

### **¿Qué sucede cuando se sospecha una lesión en la cabeza?**

De conformidad con el Código del Distrito de Columbia § 7–2871.02, un atleta del que se sospeche que ha sufrido una conmoción cerebral en una actividad atlética debe ser retirado inmediatamente de la participación física en la actividad atlética y no puede volver a participar físicamente en la actividad atlética hasta que haya sido evaluado por un proveedor de atención médica con licencia o certificado y recibe autorización por escrito para volver a la participación física. Se puede encontrar más información sobre las conmociones cerebrales en la página de información para padres de *Heads Up to School Sports* de los CDC. (<https://www.cdc.gov/headsup/highschoolsports/parents.html>).

## **Información de SWAY® para conmociones cerebrales** **(solo estudiantes atletas de la escuela secundaria)**

El Programa de Atletismo de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia actualmente utiliza un software de manejo de conmociones cerebrales llamado Sway® para ayudar a identificar signos de una conmoción cerebral.

**Equilibrio:** Sway® mide la estabilidad utilizando sensores de movimiento incorporados de cualquier dispositivo móvil o tableta para cuantificar el equilibrio postural. Mientras el dispositivo se presiona contra el pecho, un algoritmo de análisis de movimiento calcula la estabilidad que permite a los profesionales de la salud administrar una prueba de equilibrio de grado médico en prácticamente cualquier entorno.

**Cognitivo:** Además del equilibrio, Sway® recopila mediciones clave en el manejo de conmociones cerebrales, tales como:

- Memoria
- Tiempo de reacción
- Control de impulsos
- Tiempo de revisión

### **Pruebas de referencia:**

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

Las pruebas de referencia se realizarán solo con estudiantes de secundaria. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a nuestros protocolos de manejo de conmociones cerebrales, comuníquese con la entrenadora atlética principal de DCIAA, la Dra. Jamila L. Watson, DAT, LAT, ATC, en Jamila.Watson@k12.dc.gov o comuníquese con el entrenador atlético de la escuela de su hijo.

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



---

### **CUESTIONARIO DE CONMOCIÓN CEREBRAL**

---

- El estudiante atleta ha sufrido una conmoción cerebral previa \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
- Número total de conmociones cerebrales sufridas \_\_\_\_
- Fecha(s) de la(s) conmoción(es) cerebral(es) sufrida(s) \_\_\_\_\_
- ¿El estudiante atleta ha sido evaluado previamente para la conmoción cerebral SWAY? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
No estoy seguro \_\_\_\_\_
  - En caso afirmativo, cuando \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN SOBRE PARO CARDÍACO REPENTINO (SCA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

**Definición:** El paro cardíaco repentino (SCA) es una afección potencialmente mortal en la que el corazón deja de bombear repentina e inesperadamente. Si esto sucede, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y otros órganos vitales. El SCA es una emergencia médica. EL SCA en estudiantes atletas es rara, pero los estudiantes atletas tienen un mayor riesgo en

comparación con los no estudiantes atletas debido a la actividad física que realizan.

**Causas:** La principal causa de paro cardíaco es la fibrilación o taquicardia ventriculares, que son tipos de arritmias o latidos cardíacos irregulares. Los factores de riesgo importantes incluyen paro cardíaco previo, enfermedad coronaria, enfermedad de las válvulas cardíacas, defectos cardíacos congénitos y arritmias causadas por la genética. Sin embargo, la mitad de los paros cardíacos ocurren a personas que no sabían que tenían un problema cardíaco. Otras causas del SCA incluyen cicatrización del tejido cardíaco, engrosamiento del músculo cardíaco (miocardiopatía), medicamentos para el corazón, anomalías eléctricas, anomalías de los vasos sanguíneos y uso de drogas recreativas. En los niños, el paro cardíaco puede ocurrir después de un paro respiratorio (cuando la respiración se ha detenido) debido a asfixia o ahogamiento.

**Riesgo de inacción:** Ignorar tales síntomas y continuar jugando podría ser catastrófico y provocar muerte súbita cardíaca (SCD, por sus siglas en inglés). Tomar en serio estos síntomas de advertencia y buscar atención médica adecuada oportuna puede prevenir consecuencias graves y posiblemente fatales.

<b>Signos de advertencia / síntomas de SCA</b>	<b>Emergency Response to SCA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se cae repentinamente y pierde el conocimiento (se desmaya);</li><li>• No está respirando o su respiración es ineficaz, o están jadeando por aire;</li><li>• No responde a gritos o cuando se le sacude; y/o</li><li>• No tiene pulso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Act immediately (time is most critical to increase survival rates)</li><li>• Recognize SCA</li><li>• Call 911 immediately</li><li>• Administer CPR</li><li>• Use an Automatic External Defibrillator (AED)</li></ul>

La información utilizada en este documento se obtuvo del *American Heart Association* (<https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>), y por el *National Institute of Health* (<https://www.nhlbi.nih.gov/health/cardiac-arrest> y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9674198/>). Visite estos sitios para obtener más información.

Al firmar este formulario de consentimiento, reconocemos que hemos leído la información anterior sobre conmociones cerebrales y del SCA y entendemos su contenido. Se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Acordamos que el estudiante atleta participe en el Programa de Manejo de Conmociones Cerebrales SWAY (solo estudiantes atletas de escuela secundaria) durante la participación del estudiante atleta en deportes interescolares. Entendemos que tenemos la responsabilidad de informar los síntomas del estudiante atleta a sus entrenadores, administradores y / o proveedores de atención médica. También entendemos que el estudiante atleta no debe tener síntomas durante un período de 24 horas antes de que el protocolo de regreso al juego pueda ser iniciado por las DCPS. Además, entendemos que este formulario firmado es necesario para participar en los deportes interescolares.

Deporte(s) de interés \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_  
(o *firma del estudiante* si el estudiante tiene 18 años o más)

Fecha \_\_\_\_\_