

LIGA DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE VIRGINIA, INC.

1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911

**PARTICIPACIÓN ATLÉTICA/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/FORMULARIO DE EVALUACIÓN**

Las páginas 1-3 DEBEN enviarse a la escuela para ser elegible para los deportes de VHSL.  
Este formulario caduca a los 14 meses de la fecha de la firma del profesional en la página 3.

Para year \_\_\_\_\_ **PARTE I - PARTICIPACIÓN DEPORTIVA** Masculino \_\_\_\_\_  
 escolar \_\_\_\_\_

(A rellenar y firmar por el estudiante y el padre/tutor) Hembra \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Dirección de la casa de los padres \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ escuela a la que asistió el último año \_\_\_\_\_

Este es mi \_\_\_\_\_ semestre en \_\_\_\_\_ secundaria y mi \_\_\_\_\_ semestre desde que ingresé al noveno grado.

El semestre pasado asistí a \_\_\_\_\_ escuela y aprobé \_\_\_\_\_ materias de crédito, y estoy

tomando \_\_\_\_\_ materias de crédito este semestre. He leído las reglas de elegibilidad individuales condensadas de la Liga de

Escuelas Secundarias de Virginia que aparecen a continuación y creo que soy elegible para representar a mi escuela secundaria

actual en atletismo.

**REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUALIZADAS**

Para ser elegible para representar a su escuela en cualquier competencia atlética interescolar de VHSL, usted:

- Debe ser un estudiante regular de buena fe en regla de la escuela que representa.
- Debe estar inscrito en los últimos cuatro años de la escuela secundaria. (Los estudiantes de octavo grado pueden ser elegibles para el equipo universitario junior)
- Debe haberse inscrito a más tardar el decimoquinto día del semestre en curso.
- Para el primer semestre debe estar actualmente inscrito en no menos de cinco materias, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que pueden usarse para la graduación y haber aprobado cinco materias, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que pueden usarse para la graduación el año inmediatamente anterior o el semestre inmediatamente anterior para las escuelas que certifican créditos sobre una base semestral. (Consulte con su director para conocer los requisitos equivalentes). **No se pueden repetir cursos para fines de elegibilidad por los cuales se ha otorgado crédito anteriormente.**
- Para el segundo semestre debe estar actualmente matriculado en no menos de cinco materias, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que pueden ser utilizadas para la graduación y haber aprobado cinco materias, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que muchas serán utilizadas para la graduación el semestre inmediatamente anterior. (Consulte con su director para conocer los requisitos equivalentes).
- Debe ausentarse de todas las competencias de VHSL durante 365 días calendario consecutivos después de una transferencia escolar, a menos que la transferencia corresponda con una mudanza familiar. (Consulte con su director para conocer las excepciones).
- No debe haber cumplido diecinueve años en o antes del primer día de agosto del año escolar en curso.
- No debe, después de ingresar al noveno grado por primera vez, haber estado inscrito o haber sido elegible para la inscripción en la escuela secundaria por más de ocho semestres consecutivos.
- Debe haber presentado a su director antes de cualquier tipo de participación, incluidas las pruebas o prácticas como miembro de cualquier equipo deportivo o de porristas de la escuela, un Formulario de Participación Atlética / Consentimiento de los Padres / Evaluación, completamente completado y debidamente firmado que acredite que ha sido examinado, que se le ha encontrado físicamente apto para la competencia atlética no más de 14 meses calendario antes de la fecha en que se firmó el informe y que sus padres dan su consentimiento para su participación.
- No debe estar en violación de las Reglas de VHSL Amateur, Awards, All Star o College Team. (Consulte con su director para obtener aclaraciones con respecto a las porristas).

La elegibilidad para participar en el atletismo interescolar es un privilegio que se obtiene al cumplir no solo con los estándares mínimos mencionados anteriormente, sino también con todos los demás estándares establecidos por su liga, distrito y escuela. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o tiene dudas sobre el efecto que una actividad podría tener en su elegibilidad, **consulte con su director para conocer las interpretaciones y excepciones proporcionadas según las reglas de la Liga.** Cumplir con la intención y el espíritu de los estándares de League of Legends evitará que tú, tu equipo, tu escuela y tu comunidad sean penalizados. Además, doy mi consentimiento y aprobación para que mi foto y nombre se imprimen en cualquier programa, publicación o video deportivo de la escuela secundaria o VHSL.

**LAS DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y LOS DISTRITOS DE VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A LOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE.**

→Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

→Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA RESULTARÁ EN LA INELEGIBILIDAD POR UN AÑO.**

**PARTE II - RECONOCIMIENTOS DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO**

(A completar por el padre/tutor)

Doy permiso para que \_\_\_\_\_ (nombre del niño/pupilo) participe en cualquiera de los siguientes eventos deportes que NO están tachados: béisbol, baloncesto, porristas, cross country, hockey sobre césped, fútbol americano, golf, gimnasia, lacrosse, fútbol, softbol, natación/buceo, tenis, atletismo, voleibol, lucha libre, otros (identificar deportes): \_\_\_\_\_

He revisado las reglas de elegibilidad individuales y soy consciente de que con la participación en deportes viene el riesgo de lesiones para mi niño/pupilo. Entiendo que el grado de peligrosidad y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que conllevan el mayor riesgo. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente a los deportes a través de reuniones, folletos escritos o algún otro medio. Tiene seguro médico/de accidentes para estudiantes disponible a través de la escuela (yes\_\_ no\_\_); tiene cobertura de seguro de participación atlética a través de la escuela (yes\_\_ no\_\_); está asegurado por nuestra póliza familiar con:

Nombre de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Soy consciente de que participar en deportes implicará viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al deporte y con el viaje involucrado y con este conocimiento en mente, otorgar permiso para que mi hijo/pupilo participe en el deporte y viaje con el equipo.

Con esta firma, doy mi consentimiento para permitir que el (los) médico (s) y otro (s) proveedor (s) de atención médica seleccionado por mí o por la escuela

Realizar un examen previo a la participación de mi hijo/a y proporcionar tratamiento para cualquier lesión o condición que resulte de la participación en deportes/actividades para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Además, doy mi consentimiento para permitir que dicho(s) médico(s) o proveedor(es) de atención médica comparta información apropiada sobre mi hijo que sea relevante para la participación en deportes y actividades con entrenadores y otro personal escolar según se considere necesario.

Además, doy mi consentimiento y aprobación para que la foto y el nombre del estudiante mencionado anteriormente se impriman en cualquier programa, publicación o video deportivo de la escuela secundaria o VHSL.

Para acceder a un seguro de salud integral de calidad y bajo costo a través de FAMIS para su hijo, comuníquese con Cover Virginia yendo a [www.coverva.org](http://www.coverva.org) or llamando al 855-242-8282.

**PARTE III- FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA\***

(A completar y firmar por el padre/tutor)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por favor, enumere los problemas de salud significativos que podrían ser importantes para un médico que evalúe a su hijo **en caso de una emergencia:**

ENUMERE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, ETC.:

¿AL ESTUDIANTE SE LE RECETA UN INHALADOR O EPI-PEN? \_\_\_\_\_ ENUMERE LA MEDICACIÓN DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ SI ES ASÍ, ¿QUÉ? \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE USA LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA Tdap O Td (TÉTANOS): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA:** En caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de \_\_\_\_\_ High School para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y / o anestesia y / o cirugía para la persona nombrada anteriormente.

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

→ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

\* El formulario de permiso de emergencia se puede reproducir para viajar con los equipos respectivos y es aceptable para el tratamiento de emergencia en caso de necesidad.

→ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES

CORRECTA: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor**

El examen físico previo a la participación no sustituye un examen anual completo por parte del médico de atención primaria del estudiante.

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Medically eligible for certain sports

- \_\_\_\_\_
- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis  
 Tres dosis  Fecha de la dosis de refuerzo \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)			Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?				
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?				
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?				
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.				
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?				
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?				

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

This form should be placed into the athlete's medical file and should **not** be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

**Disclaimer:** Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another examination.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>		

<sup>a</sup> Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA