

ACUERDO PARA PARTICIPACION DE EQUIPO

(Incluyendo Versiones de Posibles Reclamaciones y Renuncias)

Este acuerdo debe ser firmado y devuelto a la oficina antes de que un estudiante pueda participar en las actividades de equipo.

Cada equipo debe ser listado abajo. Si no aparece, será necesario un acuerdo de participación independiente.

Formas requeridas adicionales – RSK-F100F Herida de conmoción cerebral pagina de información & RSK – F100C Forma de Examen

Físico Deportivo

Estudiante:	Domicilio:
Grado:	Fecha de Nacimiento:
Escuela:	Teléfono:
Equipo (s):	

En consideración de la capacidad del estudiante para participar en un equipo (incluyendo cualquier deporte, porristas, danza o banda), incluyendo pruebas, prácticas, pretemporada o temporada fuerza o campos de entrenamiento o participación efectiva en equipo eventos, espectáculos, actuaciones, o competiciones o el viajar a o desde cualquier actividades ("equipo"), el estudiante y padre legal guardián (adulto) firma de este acuerdo como sigue:

1. Es un privilegio, no un derecho, participar en actividades extra curriculares, incluyendo las actividades de equipo. El privilegio puede ser revocado en cualquier momento, por cualquier razón que no violan Ley Federal o estatal o distrito políticas o procedimientos. No hay ninguna garantía de que el estudiante la haga en un equipo, permanecer en un equipo o participar activamente en equipo eventos, espectáculos, espectáculos o competiciones. Esos asuntos seguirán siendo exclusivamente dentro del juicio y discreción del empleado del Distrito Supervisor o entrenador voluntario.
2. El estudiante y el adulto entienden la naturaleza del equipo, incluyendo los riesgos inherentes o potenciales de las actividades de equipo. El estudiante está lo suficientemente bien de salud y condición física para participar en las actividades de equipo y voluntariamente desea participar en las actividades de equipo. Antes de participar en la actividad del equipo de año, una forma ejecutado correctamente del Examen Físico y Concusión Lesión en la Cabeza y se presentarán a la oficina de la escuela (válida por un año académico, actividades de otoño/invierno/primavera).
3. El estudiante deberá cumplir con la instrucción y las direcciones de equipo actividad profesores, entrenadores, supervisores, acompañantes y monitores. Durante la participación del estudiante en actividades de equipo, así como las actividades escolares académicas y otras, el estudiante deberá cumplir con todos los códigos de conducta. El estudiante también deberá generalmente comportarse a todos tiempos en mantener el estándar de moral y ético mas alto así para reflejar positivamente en sí mismo, el equipo y el Distrito. Incumplimiento de estas obligaciones, en la discreción del distrito, resulta en la eliminación del equipo o las actividades de equipo. Si tal violación del estudiante de estas obligaciones dan como resultado lesiones corporales o daños a la propiedad, el adulto se compromete a (a) pagar a restaurar o reemplazar la propiedad dañada, (b) pagar por lesiones corporales daños a un individuo y (c) defender, proteger y eximir de responsabilidad al distrito de dichas reclamaciones.
4. Las actividades de equipo contienen riesgos de daño, incluyendo daños o lesiones que pueden llevar a lesiones graves o permanentes para el alumno, incluyendo parálisis, lesión cerebral o la muerte ("lesiones"). Lesiones pudieran derivar de las acciones del estudiante y omisiones, las acciones o inacciones de otro estudiante o participante en una actividad de equipo, o la falta real o supuesta por empleados del distrito, agentes o voluntarios para entrenar adecuadamente, entrenaran, instruirán o supervisan las actividades de equipo. Lesiones también pueden surgir de una falta real o supuesta correctamente mantener, utilizar, reparar o reemplazar instalaciones o equipos para las actividades de equipo. Lesiones también pueden surgir sin diagnosticar, mal diagnosticadas, no tratadas, tratadas de forma inadecuada o prematura tratadas condiciones físicas reales o potenciales o de lesiones, causadas por o relacionadas con la participación del estudiante en las actividades de equipo. Todos estos riesgos se consideran inherentes a la participación del estudiante en las actividades de equipo. La máxima medida permitida por la ley, el estudiante y el adulto por lo tanto también asuman todos los riesgos y renunciarán y liberan cualquier reclamo futuro potencial que podrian si no han podido hacer valer contra el distrito y cualquier miembro del Consejo, empleado, agente o voluntario del distrito ("partes liberadas"), incluyendo cualquier reclamación que de lo contrario se han hecho en nombre de los padres o el estudiante, administrador, ejecutor, administrador, tutor, encargado o familiar. El estudiante y el adulto más entienden que las actividades de equipo y transporte a y de las actividades de equipo son "excursiones", que existe inmunidad de responsabilidad en virtud de la educación sección código 35330.

5. Si el estudiante cree que una condición insegura circunstancia existe, o se siente o cree que la participación continuada en una actividad de equipo podría presentar un riesgo de lesiones, el estudiante inmediatamente discontinuará la mayor participación en la actividad del equipo, notificar a un padre de guardián de la creencia del estudiante. El padre o tutor después de eso impedirá que el estudiante participar en la actividad del equipo hasta que la condición insegura o circunstancia es tratada o resuelto a su satisfacción.
6. Información médica de emergencia en relación con el estudiante está en el archivo con el distrito y es actual. El adulto se compromete a proporcionar información médica actualizada en el transcurso de la participación del estudiante en las actividades de equipo. Si una lesión o urgencia médica ocurre durante las actividades de equipo, empleados, agentes o voluntarios de distrito tienen mi permiso médico a administrar o a autorizar a la administración de la atención urgente o de emergencia, incluyendo el transporte del estudiante a una atención de urgencia o proveedor de atención de emergencia. En tales circunstancias, mi aviso y o el contacto de emergencia de la lesión o la emergencia médica se puede retrasar. Por lo tanto, cualquier proveedor de atención urgente o de emergencia tiene mi autoridad para llevar a cabo procedimientos diagnósticos o anestésicos, y proporcionar asistencia médica o tratamiento (incluyendo cirugía), que considere razonable o necesario en todas las circunstancias existentes. Todos los costos y gastos asociados con este tipo de atención son mi responsabilidad. Un adulto sólo puede retener esta autorización mediante la presentación de una objeción a la atención médica (Educación 49407) que se basa en sus creencias religiosas personalmente.
7. Código de Educación Sección 32221.5 nos exige notificarle que: **Bajo la ley estatal, distritos escolares están obligados a garantizar que todos los miembros de equipos atléticos de la escuela tienen seguro de accidentes que cubre los gastos médicos y hospitalarios. Este seguro requisito pueden ser resueltos por el distrito escolar que ofrece el seguro u otros beneficios de salud que cubren gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en ningún costo o de bajo costo local, estatal o patrocinado por el gobierno federal programas de seguro médico. Información sobre estos programas puede obtenerse llamando el distrito.** Código de educación sección 32221 requiere que tales gastos de médicos y de hospital de seguro resultantes de lesiones corporales en una de las siguientes cantidades: (a) un grupo o un plan médico individual con beneficios de accidente de por lo menos \$200 por cada ocurrencia y médicos la cobertura de al menos \$10.000, con no más de \$100 deducible y no menos de 80% a pagar por cada ocurrencia: planes médicos individuales (b) grupo que están certificados por el Comisionado de Seguros equivalente a la cobertura requerida de al menos \$1.500; o (c) por lo menos \$1.500 para todos esos gastos médicos y hospitalarios. Usted puede cumplir con esta obligación en una de dos maneras:

Opción 1: Aseguranza Medica Privada/Medical. Si esta opción es elegida, favor de proveer _____ (Nombre de Asegurado/Proveedor) y _____ (Numero de Póliza/Numero de Identificación), _____ (ponga fechas de cubrimiento o "continuo"). El adulto esta de acuerdo que el estudiante esta cubierto, y permanecerá cubierto durante el tiempo de la temporada de equipo y que el cobertura exige en las cantidades requeridas por Sección 32221.

Opción 2: Adquirir un seguro de cumplimiento de los requisitos de sección 32221, para el período durante el cual el estudiante está participando en el equipo, a través de un proveedor de cobertura a través del distrito (por favor, póngase en contacto con el distrito para obtener información adicional sobre este programa). Si usted es financieramente incapaz de pagar por este seguro, puede presentarse una exención de pago (formularios que esta renuncia están también disponibles del distrito) y, si no otro financiamiento alternativo está disponible a través de organizaciones privadas o de beneficencia, el distrito de obtener financiación para, o proporcionar, la cobertura deseada.

8. Empleados, agentes o voluntarios del distrito, los miembros de la prensa o los medios de comunicación u otras personas que pueden asistir o participar en actividades en equipo, pueden fotografiar, filmar o tomar declaraciones del estudiante. Tales fotografías, videos, grabaciones o escritos pueden ser publicados o reproducidos de una manera que muestra el nombre del estudiante, rostro, semejanza, voz, pensamientos, creencias o aspecto a terceros, incluyendo, sin limitación, televisión, películas, periódicos, anuarios y revistas. Tales publicados o reproducidos artículos, si o no para un beneficio, puede ser utilizado para seguridad, formación, publicidad, noticias, publicidad, promocional, informativo o cualquier otro propósito legal. Autoriza y da su consentimiento para tales publicaciones o reproducciones, sin compensación y sin reserva ni limitación.
9. Este acuerdo es interpretado ampliamente para cumplir los propósitos y acuerdos establecidos anteriormente y no debe interpretarse contra las partes liberadas únicamente sobre la base que este acuerdo fue elaborado por el distrito si cualquier parte de este acuerdo es considerada inválida o ineficaz, todas las demás disposiciones permanecerán en vigor. Ninguna modificación oral de este acuerdo, o por supuesto cambio o modificación de sus términos por la conducta posterior o comprensión oral de las partes, con ningún otro tipo de representación se basó en el adulto o estudiante en la determinación de si se va a ejecutar este acuerdo o de acuerdo a participar en las actividades de equipo.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS

Como el adulto que firma a continuación: (1) estoy renunciando a derechos substanciales de reales o potenciales para permitir que el estudiante participe en las actividades del equipo; (2) he firmado este acuerdo sin ningún estímulo o garantía de cualquier naturaleza y con pleno reconocimiento de los riesgos inherentes a las actividades del equipo; (3) no tengo ninguna duda sobre el alcance o la intención de este acuerdo; (4), como un padre o tutor legal, tengo el derecho y autoridad para celebrar este contrato y para mí, el estudiante y cualquier otro miembro de la familia, representante personal, asignar, heredero, fiduciario o tutor en los términos de este acuerdo y he explicado este acuerdo al estudiante, que comprende sus obligaciones.

Nombre de Padre/Guardián en letra de molde

Firma

Fecha

Como estudiante, entiendo y acepto a todas las obligaciones a mí por este Acuerdo.

Nombre de Estudiante en letra de molde

Firma

Fecha

HOJA DE INFORMACION DE CONMOCION CEREBRAL Y LESION DE CABEZA

Estudiante:		Domicilio:	
Grado:		Teléfono:	
Escuela:	Año Escolar:		Fecha de Nacimiento:

Conformidad con el Código de Educación Sección 49475, antes de que un estudiante pueda probar, practicar o competir en cualquier programa atlético extracurriculares del Distrito, incluyendo Inter escolástica, entra mural, u otro deporte o programas de recreación (incluyendo equipos de porristas y danza y banda musical), pero sin incluir cursos de educación física para el crédito, el estudiante y el padre/guardián debe revisar y ejecutar esta conmoción cerebral y la hoja de información de lesiones de cabeza. Una vez firmado, la hoja es buena por un año escolar académico (otoño hasta primavera) y es aplicable a todos los programas deportivos en los que el estudiante puede participar.

INFORMACION IMPORTANTE ACERCA DE CONMOCIONES CEREBRALES

Si un estudiante se sospecha de sufrir una conmoción cerebral o lesión de la cabeza durante una actividad deportiva, el estudiante deberá ser retirado de tal actividad. El estudiante no podrá retomar cualquier participación en la actividad hasta que el o ella ha sido evaluado por un medico con licencia (MD o DO para CIF gobernando deportes inter escolares: MD, DO, enfermera, asistente médico para todas las demás actividades deportes/atletismo), que afirmativo debe indicar (1) ha sido entrenado en la gestión de conmociones y actúa en el ámbito de su práctica médica con licencia y (2) el alumno ha sido evaluado personalmente por el médico y ha recibido una autorización médica completa para reanudar la participación en la actividad. Por la ley, no puede haber excepciones a este requisito de la autorización de liberación médica.

Dependiendo en las circunstancias de una práctica o juego, un árbitro supervisor/arbitro, entrenador/asistente, entrenador atlético o proveedor medico asistiendo puede determinar que un estudiante debe retirarse de una actividad basada en una presunta o potencial conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Se utilizaran las siguientes pautas: (1) en el caso de una pérdida real o percibida de la conciencia, el estudiante debe ser retirado de la actividad; (2) en los demás casos, estandarizado instrumentos de evaluación de la conmoción cerebral (p. ej., Evaluación de Margen Conmoción Cerebral (SCAT-II), Evaluación Estandarizada de Conmoción Cerebral (SAC), o protocolo de Sistema de Puntuación de Error de Equilibrio (BESS) se utilizara como base para determinar si el estudiante debe retirarse de la actividad. Para la seguridad y la protección del estudiante, una vez que una supervisión individual hace una determinación de que un estudiante debe ser retirado de la actividad debido a la posible existencia de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza, ningún otro entrenador, jugador, padre u otra persona involucrada puede anular esta determinación.

Una vez que un estudiante es retirado de una actividad, los padres o tutores inmediatamente deben buscar una evaluación médica por un proveedor de atención médica con licencia, incluso si el estudiante no describe inmediatamente o muestra los síntomas físicos de una conmoción cerebral (dolor de cabeza, presión en la cabeza, dolor de cuello, nauseas o vómitos, mareos, visión borrosa, problemas de equilibrio, sensibilidad a la luz o sonido, sensación de "lento", "niebla", o "no se siente normal", dificultad de concentración o memoria, confusión, somnolencia, irritabilidad o emotividad, ansiedad o nerviosismo o dificultad para dormirse). Si el estudiante informa o muestra alguno de estos síntomas, debe obtener atención médica inmediata de la salud. Si un padre o tutor legal no esta disponible inmediatamente para tomar decisiones de cuidado de la salud, el Distrito reserva el derecho para que el estudiante sea llevado para obtener la evaluación de emergencia o urgencia o atención medica con la Autorización Contenida en el Acuerdo para la Participación del Equipo.

Fecha: _____ Fecha: _____

Estudiante: _____ Adulto: _____

Firma: _____ Firma: _____

Original debe ser detenido archivado por un periodo de un (1) año después del fin del año Académico

School Site: _____

School Year: _____

PART 1 (TO BE COMPLETED BY A PARENT OR LEGAL GUARDIAN)

LAST NAME		FIRST NAME			GRADE
BIRTHDATE	FALL SPORT	WINTER SPORT	SPRING SPORT	STUDENT ID NUMBER	

PART 1 -- HEALTH HISTORY (Must be Completed by Parent/Guardian Prior to the Examination)

	Yes	No	Has this student had:		Yes	No	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic or recurrent illness?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injuries requiring medical care or treatment?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Illness lasting over 1 week?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck or back pain or injury?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizations or Surgeries?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee pain or injury?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervous, psychiatric, or neurologic condition?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shoulder or elbow pain or injury?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss or nonfunctioning of organs (eye, kidney, liver, testicle) or glands?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle pain or injury?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies (medicines, insect bites, food)?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other joint pain or injury?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problems with heart or blood pressure?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broken bones (fractures)?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest pain or significant or severe shortness of breath during or after exercise?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does this student presently:
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness or fainting with exercise?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wear eyeglasses or contact lenses?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting, bad headaches or convulsions?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wear dental bridges, braces or plates?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Potential concussion or loss of consciousness?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Take any medications? (List below):
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heat exhaustion, heatstroke, or other problems managing or responding to heat?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Further history:
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Racing heartbeat, skipped or irregular heartbeats, or heart murmur?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birth defects (corrected or not)?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures or seizure disorders?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Death of a parent or grandparent less than 40 years of age due to medical cause or condition?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severe or repeated instances of muscle cramps?				Parent or grandparent requiring treatment for heart condition less than 50 years of age?
							Been seen by a physician on an emergency or urgent basis in the last 12-months?

Date of last known tetanus (lockjaw) shot: _____ Date of last complete physical examination: _____

Explain all "YES" answers. Describe any other fact that should be disclosed prior to the examination (use reverse of form if needed):

PARENT/GUARDIAN'S AUTHORIZATION: I authorize the health care provider to perform a Sports Physical Evaluation on the student. The information set forth above is complete and accurate. I presently know of no reason why the student cannot fully and safely participate in the listed sports. For Sports Physical Evaluations that may be performed by District volunteers, I understand the evaluation is a screening evaluation only, and that I must address all health care concerns with the Student's personal physician or health care provider.

PRINT NAME OF PARENT OR GUARDIAN		SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN		
ADDRESS	WORK PHONE	HOME PHONE	DATE	
REGULAR PHYSICIAN'S NAME	OFFICE PHONE			

PART 2 – MEDICAL EVALUATION (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER)

This Evaluation Can Only be Performed by Medical Doctors (MDs), Doctors of Osteopathy (DOs), Physician's Assistants (P.A.s), and Nurse Practitioners (N.P.s)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	(May be contained on Provider's Form)
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height: Weight:
Heart, lungs, pulmonary function			Pulse: After Ex:
Abdomen, genital/hernia (males)			BP:
Skin and Musculoskeletal:			Recommendation: <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation One of the above MUST be checked.
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)/			
Concussion Screening Evaluation (only if needed based on above info.)			

Comments:

PRINT NAME OF PHYSICIAN	PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE
-------------------------	-----------------------	------

Formulario de Padres

Información de Emergencia del Atleta

Deporte(s): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Sexo: M F Edad _____ Grado _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del padre de familia: _____ Parentesco: _____

No. de teléfono de casa: _____ No. de teléfono del trabajo: _____ No. de tel. celular: _____

Nombre de persona de contacto (aparte del padre de familia): _____

No. de teléfono de casa: _____ No. de teléfono del trabajo: _____ No. de tel. celular: _____

Seguro: _____ Número de póliza/miembro: _____

Encierre con un círculo todas las que correspondan: Diabetes Convulsiones Asma Condición cardíaca Alergias

Medicamento que actualmente esté tomando: _____

Alergias a medicamentos: _____

En caso de una lesión seria que requiera atención médica inmediata los empleados del distrito escolar están autorizados para dar los primeros auxilios y obtener tratamiento o cuidado de emergencia en un hospital.

Firma del padre de familia o Tutor: _____ Fecha: _____

Para ser completado por la **Enfermera Escolar** solamente

He recibido la **AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO Y UN INFORME FÍSICO**: _____
Firma de la enfermera

Notas: _____

Deporte: _____ Fecha del examen físico: _____