



Escuela para Sordos de Oregón  
**PAQUETE DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA**

Antes de competir en cualquier práctica, juego, sesión de fuerza y acondicionamiento, y/o cualquier actividad atlética, el Departamento Atlético de la Escuela para Sordos de Oregon requiere que todos los estudiantes-atletas completen lo siguiente:

- **Paquete Anual de Participación Atlética** (completado y devuelto a OSD)
- **Un Examen Físico Deportivo actual** (por su proveedor de salud calificado)
- **Pago de la cuota deportiva** (\$100 para la escuela media y secundaria para todo el año escolar)

Los padres/guardianes son responsables de obtener el examen físico del atleta antes de llegar a OSD. Los exámenes físicos deportivos son válidos por dos años.

**Los honorarios de deportes son debidos en la INSCRIPCIÓN (9/2/2025)**

**DEPORTES DE ESCUELA SUPERIOR:** La cuota de \$100 cubre TODOS los deportes practicados durante el año escolar. (Academic Bowl, Cross Country, E-Sports, Voleibol, Baloncesto y Atletismo).

**DEPORTES DE ESCUELA INTERMEDIA:** La cuota de \$100 cubre TODOS los deportes practicados durante el año. (Fútbol, Voleibol, Baloncesto y Atletismo).

Nuestro calendario de juegos se puede encontrar:

- Página de atletismo en el sitio web de nuestra escuela: [www.osd.k12.or.us](http://www.osd.k12.or.us)
- Pestaña "Eventos" en la página de Facebook de nuestra escuela
- Calendario de Google en la página principal del sitio web de nuestra escuela
- ParentSquare a través de la Secretaría de Atletismo
- Voleibol y baloncesto en [www.osaa.org](http://www.osaa.org)
- MS / HS Track y HS CC en [www.athletic.net](http://www.athletic.net)

Se espera que los estudiantes atletas asistan a todas las prácticas programadas, mantengan un GPA de 2.0 y no tengan infracciones de conducta para asegurar que sean elegibles para jugar los juegos programados.

**Es obligatorio que los Estudiantes-Atletas de HS asistan al campamento deportivo del 17 al 23 de agosto.** El no hacerlo resultará en que el Estudiante-Atleta sea inelegible para participar. Las excepciones son posibles una vez que la comunicación previa de los padres / tutores se ha recibido.

¡Estamos emocionados y esperamos compartir una gran temporada con usted y su hijo! ¡ES

UN GRAN DIA PARA SER UNA PANTERA!

# ESCUELA DE OREGON PARA SORDOS

## Departamento de Atletismo

999 Locust Street NE \* Salem, Oregon 97301 \* [osd.athletics@osd.k12.or.us](mailto:osd.athletics@osd.k12.or.us) \* 503-378-3826 \* 503-378-4701 FAX

### **2024-2025 FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN Y RENUNCIA DEL ESTUDIANTE-ATLETA**

(Para ser completado por el Padre/Tutor - Por favor escriba claramente)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pronombres preferidos: Ella/Su, Él/El,

Ellos/Ellas Grado: \_\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Teléfono de casa (V o VP): \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Primer contacto de emergencia/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Segundo contacto de emergencia/parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### **PERMISO DE TRATAMIENTO MÉDICO E INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO**

Por la presente autorizo a la escuela para obtener, a través de un médico de su propia elección, cualquier atención de emergencia que pueda llegar a ser razonablemente necesario para el estudiante en el curso de las actividades deportivas o de viaje. El pago de todos los gastos incurridos por el tratamiento médico está garantizado por mí o por la compañía de seguros que proporciona cobertura para el estudiante arriba mencionado. La escuela no será responsable (ni económicamente ni de ninguna otra manera) de ninguna atención médica que mi hijo requiera como consecuencia de prácticas deportivas, partidos o viajes a dichos eventos.

Alergias y/o atención médica especial (enumere los medicamentos que lleva el alumno): \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna antitetánica: \_\_\_\_\_

#### **MARQUE UNA Y FIRME CON SUS INICIALES**

\_\_\_\_ Mi hijo/a está cubierto/a actualmente por la siguiente póliza de seguro:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del grupo/convenio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Opto por no contratar un seguro privado. (Seré responsable, económicamente o de otro modo, de todas las necesidades médicas de mi hijo/a).

#### **PERMISO DEL PADRE/TUTOR**

Concedo a mi estudiante-atleta el privilegio de participar en atletismo escolar competitivo. Doy mi consentimiento para que mi estudiante-atleta represente a la Escuela para Sordos de Oregon en actividades atléticas incluyendo viajes del equipo para viajes locales o fuera de la ciudad. Entiendo que no asumen ninguna responsabilidad financiera o de otro tipo por cualquier lesión que pueda ocurrir. Además, reconozco que las lesiones son una consecuencia ocasional desafortunada de la participación atlética. Mi estudiante-atleta y yo somos conscientes del riesgo potencial inherente de lesiones catastróficas en cualquier deporte. Estoy informado de que los estudiantes-atletas son responsables de todo el equipo de los jugadores propiedad y emitido por la escuela. También doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia según lo considere necesario el médico de la Escuela de Oregon para Sordos o el representante autorizado de la escuela.

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

## PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Mi hijo está interesado en participar en los siguientes deportes:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fútbol - MS        | <input type="checkbox"/> Voleibol - MS | <input type="checkbox"/> Baloncesto - MS    | <input type="checkbox"/> Atletismo - MS |
| <input type="checkbox"/> Cross Country - HS | <input type="checkbox"/> Voleibol - HS | <input type="checkbox"/> Baloncesto - HS    | <input type="checkbox"/> Atletismo - HS |
|   |  | <input type="checkbox"/> Academic Bowl - HS |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> E-Sports - HS      |   |

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS DE ESTUDIANTES EN PUBLICACIONES

Como estudiante-atleta involucrado en un equipo deportivo de OSD, puede haber ocasión para que su estudiante-atleta sea fotografiado para propósitos de anuario o periodismo. Debido a esto, es necesario que usted dé permiso por adelantado para que su foto aparezca en estas publicaciones. Por favor, tenga en cuenta que no todas las fotografías que se tomen aparecerán en las publicaciones y que su estudiante no podrá ser incluido en ninguna otra foto que no sea la foto del equipo si está presente.

Marque una opción:

- ☐ **Doy permiso** para que mi estudiante-atleta sea fotografiado y utilizado en cualquier publicación.
- ☐ **No doy permiso** para que mi estudiante-atleta sea fotografiado y utilizado en ninguna publicación, incluyendo el anuario.

## PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE DEL ESTUDIANTE

Doy permiso para que la Asociación de Actividades Escolares de Oregon (OSAA) y la Escuela para Sordos de Oregon utilicen información personal identificable (es decir, nombre, fotografía, ciudad de residencia y clase en la escuela) en varios calendarios deportivos, listas, programas, y también pueden divulgar la información a varios medios de comunicación para su uso en historias relacionadas con actividades escolares y/o atléticas.

Marque una opción:

- ☐ **Doy permiso** para que la información personal identificable de mi estudiante-atleta sea utilizada en cualquier publicación.
- ☐ **No doy permiso** para que la información personal identificable de mi estudiante-atleta sea utilizada en ninguna publicación.

## PERMISO PARA ASISTIR A EVENTOS FUERA DEL ESTADO

High School Athletics frecuentemente asiste a eventos fuera del estado acompañados por entrenadores y personal. Información detallada será presentada antes del primer juego de la temporada. Los estudiantes mayores de 18 años deben tener una identificación del estado para poder abordar.

Por favor marque uno:

- ☐ **Doy permiso** para que mis estudiantes-atletas asistan a todos los eventos fuera del estado.
- ☐ **Doy permiso** para que mi estudiante-atleta asista a algunos de los eventos fuera del estado. Los eventos en los que permito que mi estudiante-atleta participe son:
- ☐ National Deaf Prep Cross Country Championships (Otoño)
  - ☐ Western States Basketball Classic (Invierno)
  - ☐ Academic Bowl Regionals (Invierno)
  - ☐ Clásico de atletismo Berg & Seeger (primavera)
  - ☐ Todos los partidos fuera de Washington School for the Deaf (Otoño e Invierno)
- ☐ **No doy permiso** para que mi estudiante-atleta asista a ningún evento fuera del estado.

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

## **CÓDIGO DE ÉTICA**

El atletismo es una parte integral del programa educativo total de la escuela. Todas las actividades escolares, curriculares y extracurriculares, en el aula y en el campo de juego, deben ser congruentes con las metas y objetivos establecidos por la escuela para el desarrollo intelectual, físico, social y moral de sus estudiantes. Es en este contexto que se presenta el siguiente Código de Ética.

### **EXPECTATIVAS PARA LOS ALUMNOS DEPORTISTAS**

Como estudiante-atleta, entiendo que es mi responsabilidad:

- Dar la máxima prioridad a los logros académicos.
- Mostrar respeto por mis compañeros de equipo, oponentes, oficiales y entrenadores.
- Respetar la integridad y el juicio de los oficiales de juego.
- Demostrar juego limpio, deportividad y conducta apropiada dentro y fuera del campo de juego.
- Mantener un alto nivel de conciencia sobre la seguridad.
- Abstenerse del uso de blasfemias, vulgaridades y otro lenguaje y gestos ofensivos.
- Adherirse a las reglas y normas establecidas del juego que se va a practicar.
- Respetar todo el equipamiento y utilizarlo de forma segura y adecuada.
- Abstenerse de consumir alcohol, tabaco, drogas ilegales y no prescritas y esteroides anabolizantes.
- Conocer y seguir todas las normas y reglamentos atléticos estatales, de sección y escolares en lo que respecta a la elegibilidad y la participación deportiva.
- Ganar con carácter, perder con dignidad.

Como condición para pertenecer al equipo deportivo de Oregón, todos los estudiantes-atletas deberán adoptar y promover las políticas y la misión de la Escuela de Oregón para Sordos.

### **EXPECTATIVAS PARA PADRES/TUTORES Y ESPECTADORES**

Como padre/tutor y espectador, me comprometo a:

1. Mostrar el debido respeto a los entrenadores, porristas, oficiales y concursantes como invitados en la comunidad.
2. Saber que los Entrenadores y el Director Atlético tienen el derecho de impedir que un estudiante-atleta asista a eventos atléticos si su conducta no es apropiada.
3. Mostrar buen espíritu deportivo, que es una medida concreta de la comprensión y el compromiso con el juego limpio, el comportamiento ético y la integridad.
4. Respetar la propiedad de la escuela no causando ningún daño al equipo o a las instalaciones.
5. Sepa que los aparatos de ruido de cualquier tipo no son apropiados para los eventos atléticos bajo techo.
6. Sea positivo con su estudiante-atleta. Hágales saber que están logrando algo al formar parte del equipo.
7. Insista en que los alumnos deportistas respeten las reglas del equipo, las reglas de la escuela y la deportividad. El respeto a uno mismo empieza por el autocontrol.
8. Comparta sus preguntas o inquietudes con el entrenador principal y el director deportivo en el momento oportuno. Por favor no intente confrontar a un entrenador antes o después de un evento atlético.

**Nombre Impreso del Estudiante-Atleta:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## **EXPECTATIVAS PARA LOS ENTRENADORES**

Como Entrenador, yo

1. Ejemplificar el más alto carácter moral, comportamiento y liderazgo.
2. Respetar la integridad y la personalidad de cada deportista.
3. Respetar las reglas del juego tanto en su letra como en su espíritu.
4. Demostrar un dominio y un interés continuo en el entrenamiento a través de la mejora profesional.
5. Fomentar el respeto por todos los deportistas y sus valores.
6. Mostrar modestia en la victoria y amabilidad en la derrota.
7. Fomentar las relaciones éticas entre los entrenadores.
8. Cumplir con las responsabilidades de proporcionar servicios de salud y un entorno libre de riesgos para la seguridad.
9. Fomentar los más altos niveles de conducta y rendimiento académico entre todos los atletas.
10. Tratar de inculcar buenos hábitos de salud, incluyendo el establecimiento de reglas de entrenamiento sólidas.
11. Esforzarse por desarrollar en cada atleta las cualidades de liderazgo, iniciativa y buen juicio.

# Examen Previo a la Participación en Deportes Escolares - Parte 1: El estudiante o los padres completan

## FORMULARIO DE HISTORIAL

{El formulario debe guardarse en un lugar seguro antes de visitar al proveedor. Guarde una copia en el expediente. Las escuelas guardan una copia en el expediente académico del alumno, de acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos de los Padres y Educación Primaria. Bajo FFRPA, edurorio # registros pueden incluir cualquier estudiantes registros de salud rear son moitaiñed por las escuelas./ Nombre: \_\_\_\_\_

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

Sexo \_\_\_\_\_ âge: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Sch00l: \_\_\_\_\_ S\$0ft(Sj: \_\_\_\_\_



Por favor, escanee el código Qft para related resources.

Medicamentos y alergias: Enumere todos los medicamentos y suplementos (a base de hierbas y nutricionales), con o sin receta, que toma actualmente.

¿Tiene alguna alergia? 0 Sí O No En caso afirmativo, identifique la alergia específica a continuación.

0 Medicamentos 0 Polen 0 Alimentos 0 Insectos que pican

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Indique el número de veces que se ha levantado- de 0 a 3, utilizando esta escala: 0= En absoluto; 1= Varios días 1= Más de la mitad de los días; 3= Casi todos los días

Poco interés o placer por hacer cosas	0	1	2	3	Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado:	0	1	2	3
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nota para los proveedores: Si la puntuación combinada es 3 o superior, el alumno debe ser evaluado más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Explique a continuación las respuestas afirmativas. Rodee con un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca.

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna duda que le gustaría comentar con su proveedor?		
2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional sanitario le ha negado o restringido la práctica de algún deporte por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedad recurrente?		
4. ¿Ha tenido alguna infección que haya requerido hospitalización?		
SIETE PREGUNTAS NOS PERMITEN CONOCER LA SALUD DE SU CUERPO	TES	NO
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha sentido molestias, dolor, tirantez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez se le ha acelerado el corazón, se le ha agitado en el pecho o se ha saltado latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón? En caso afirmativo, marque lo que corresponda: Hipertensión                      Sople cardíaco Colesterol alto                      Infección cardíaca Enfermedad de Kawasaki                      Otros: _____		
9. ¿Le ha hecho el médico alguna vez una prueba del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o eHoEardio8rafía.		
10. ¿Se mareo o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez un ataque*?		
+ESTE QUÉGIO+ tZTANOS CONOCER SU CORAZÓN HCTHIN SU REÂM CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA.	SÍ	NO
12. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente inexplicable)?		
13. ¿Tiene alguien de su familia un problema cardíaco genético, como ardiomiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTC), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
14. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años*?		

ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON MIS PROBLEMAS TENIDOS EN CUENTA QUE PODRÍAN MERMAR SU CAPACIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA.	YES	NO
15. Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya obligado a perderse una práctica o/ame*.		
16. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, articular o de ligamentos que le moleste?		
ESTAS PREGUNTAS SON ACERCA DE MIS CUESTIONES MÉDICAS ACTUALES O PASADAS	YES	NO
17. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante/después del ejercicio?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o algún otro órgano?		
19. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto doloroso o una hernia en la ingle?		
20. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente, o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21. ¿Ha sufrido alguna conmoción cerebral o lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hinchazón, debilidad en brazos o piernas o ha sido incapaz de mover brazos o piernas tras recibir un golpe o caerse?		
23. ¿Se ha puesto enfermo alguna vez haciendo ejercicio con calor*?		
24. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
25. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?		
ESTAS PREGUNTAS NOS DICEN SI ESTÁ PONIENDO SU CUERPO CON SUFICIENTE ENERGÍA (COMBUSTIBLE) CUANDO ESTÁ FÍSICAMENTE ACTIVADO	SÍ	NO
26. ¿Le preocupa su peso?		
27. ¿Está intentando ganar/perder peso o alguien le ha recomendado que lo haga?		
28. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos de comida o alimentos?		
29. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario?		
30. ¿Ha tenido alguna vez la menstruación? (En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas).		
31. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación?	_____	
32. ¿Cuándo tuvo su última menstruación?	_____	
33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?	_____	

Explique aquí las respuestas afirmativas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista \_\_\_\_\_ Firma del Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Oate \_\_\_\_\_

ORS 336.479, Section 1 (3) "A school district shall require students who continue to participate in extracurricular sports in grades 7 through 12 to have a physical examination once every two years." Section 1(5) "Any physical examination required by this section shall be conducted by a (a) physician possessing an unrestricted license to practice medicine; (b) licensed naturopathic physician; (c) licensed physician assistant; (d) certified nurse practitioner; or a (e) licensed chiropractic physician who has clinical training and experience in detecting cardiopulmonary diseases and defects."

Form adapted from ©2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. OHA mental health related resources can be found on the OSAA website via the QR code above or at <https://www.osaa.org/resources>.





NOTA: El formulario se puede encontrar en el sitio web de la Asociación de Actividades Escolares de Oregón (OSAA) en <https://www.osaa.ore/health-safetv.Statutory/Other Authority: ORS 326.051>