

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 parent/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OSD \* 999 Locust Street NE \* Salem, Oregon 97301 \* [osd.athletics@osd.k12.or.us](mailto:osd.athletics@osd.k12.or.us) \* 503-378-3825 \* 503-378-4701 FAX

## 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 parente/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**



{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.* Baío FFRPA, edurorio # registros pueden incluir cualquier estudiante registrados de salud rear son manejados por las escuelas./ Nombre:

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

Por favor, escanee el código  
Qft para  
related resources.

Sexo \_\_\_\_\_ âge: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ SchOol: \_\_\_\_\_ S\$oft(Sj: \_\_\_\_\_

**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 0 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 <b>siguientes problemas</b> ? 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 cumplen 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	ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON MIS PROBLEMAS TENIDOS EN CUENTA QUE PODRÍAN MERMAR SU CAPACIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA.		YES	NO
1. ¿Tiene alguna duda que le gustaría comentar con su proveedor?					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*.			
1. 2. ¿Alguna vez un médico u otro profesional sanitario le ha negado o restringido la práctica de algún deporte por algún motivo?					16. 16. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, articular o de ligamentos que le moleste?			
3. 3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedad recurrente?					ESTAS PREGUNTAS SON ACERCA DE MIS CUESTIONES MÉDICAS ACTUALES O PASADAS		YES	NO
4. ¿Ha tenido alguna infección que haya requerido hospitalización?					17. ¿Tose, estornuda o tiene dificultad para respirar durante/después del ejercicio?			
SIETE PREGUNTAS NOS PERMITEN CONOCER LA SALUD DE SU CUERPO			TES	NO	1& ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o algún otro órgano?			
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?					19. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto doloroso o una hernia en la ingle?			
6. Alguna vez ha sentido molestias, dolor, tirantez o presión en el cuello durante el ejercicio					20. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente, o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?)			
7. 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?					21. 21. ¿Ha sufrido alguna convulsión cerebral o lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
8. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón? En caso afirmativo, marque lo que corresponda:					22. 22. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas o ha sido incapaz de mover brazos o piernas tras recibir un golpe o caerse?			
Hipertensión	Soplo cardíaco				23. 23. ¿Se ha puesto enfermo alguna vez haciendo ejercicio con calor*?			
Colesterol alto	Infección cardíaca				24. 24. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?			
Enfermedad de Kawasaki	Otros: _____				25. 25. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?			
9. ¿Le ha hecho el médico alguna vez una prueba del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o eHoEardio8rafia.					ESTAS PREGUNTAS NOS DICEN SI ESTÁ PONIENDO SU CUERPO CON SUFICIENTE ENERGÍA (COMBUSTIBLE) CUANDO ESTÁ FÍSICAMENTE ACTIVADO		SÍ	NO
10. 10. ¿Se marea o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?					26. 26. ¿Le preocupa su peso?			
11. 11. ¿Has tenido alguna vez un ataque*?					27. 27. ¿Está intentando ganar/perder peso o alguien le ha recomendado que lo haga?			
+ESTE QUÉGIO+ TANTOS CONOCER SU CORAZÓN HCTHIN SU RÉAM CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA.			Sí	No	28. 28. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos de comida o alimentos? groups?			
12. 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)?					29. 29. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario?			
13. 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)?					30. 30. ¿Ha tenido alguna vez la menstruación? (En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas).			
14. 14. ¿Alguno de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años*?					31. 31. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____			
					32. 32. ¿Cuándo tuvo su última menstruación? _____			
					33. 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/Guardián** **Fecha**

*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. DHA mental health related resources can be found on the OSAA website via the QR code above or at <https://www.osaa.org/resources>.

# Examen Previo a la Participación en Deportes Escolares - Parte 2: El Proveedor Médico Completa

" "



## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

{Nota: Proziorer mantener o cuerda en el registro pattedYs. Las escuelas guardan una copia en los registros de educación del estudiante de acuerdo con los requisitos de la regla 8ign Is sod Privsr/ I rt {I-LPn4}.  
tin dciEFPA, education records may include any student's health records that are maintained by schools.}

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

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

Please scan QR code for  
updated mental health  
related resources.

EXAMEN			
Estatura	Peso:	IMC 'b:	
PA / / )	Pulso	Visión R 20/ L 20/	Corregida 0 YES 0 NO
MEDICAL		NOAMAL	A8NOIMAL filNDldeS
Appearance			
Ojos/óvidos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
-Murmillos (auscultación sBnding, supino, con y sin Valsalva)			
Abdomen			
Piel			
Neuroológico			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Espalda			
Hombro/brazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Dedos de los pies			

Autorizado para todos los deportes sin restricciones

Autorizado para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones de evaluación o tratamiento adicionales \*o:

No autorizado

Pendiente de evaluación

Para cualquier deporte

Para determinados deportes: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

He examinado al estudiante arriba mencionado y he realizado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparente 'ini' al entraindicaciones para practicar y participar en el deporte (s) como se indica más arriba. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición del school a petición de los talentos. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el proveedor puede rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres/tutores). Este formulario es un duplicado exacto del formulario actual exigido por el Consejo de Educación del Estado y contiene las mismas preguntas sobre el historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (Dr/rt/tipo): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma af Proveedor: \_\_\_\_\_

GIS 336479, Sección 1 (3) "A scfioot districtsfall reauire students wfo continue a' parâpate in exdaairri':uiarsports in graôes 7 tfiroupf IN to fiaue a physical exafninaón once every two years" fiegân US) "Any pñj/s/co/exom/norión /egu/recfgy d/sector/ón sóio/ /écondum'dgyo foj pfys'reian possessing an w res"ñ?"úicense flop'micemedicine, fdt//censedraazropotñcp/i (d) enfermero diplomado, 'o (e) fisioterapeuta licenciado que posea formación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

florin adaptado de 2023 Artrricon Academy o/ r-family Physicians, Amerifor ftcademy o/ Pediatrics, Amerifcar College o/ SpoMs Medicine, Amerfron nñedical Society@r Snorts Medicine, American Orthopedic SociJ for Spore Medicine, of trneriorr Osteoporfic Academy of sports Medicir+e. OHA meatof 0eofit6 recursos con De mound on rfe OSA4 website win refutados rfe Of code oboYe or of

## Examen previo a la participación en deportes escolares - Protocolo de examen sugerido para el proveedor médico ' ", " "

### MUSCULOESQUELÉTICO

Haga que el paciente

1. Colóquese frente al examinador
2. Mirar al techo, al suelo, por encima de los hombros, tocar los hombros con las orejas
3. Encoger los hombros (contra resistencia)
4. Abducir los hombros 90 grados, mantener contra resistencia
5. Rotación externa completa de los brazos
6. Flexionar y extender los codos
7. Brazos a los lados, codos flexionados 90 grados, muñecas pronadas/supinadas
8. Separar los dedos, cerrar el puño
9. Contras cuádriceps, relajar cuádriceps
10. "Paseo de pato" a 4 pasos del examinador
11. De pie, de espaldas al examinador
12. Rodillas rectas, tocar los dedos de los pies
13. Levantarse sobre los talones, luego los dedos de los pies

Para comprobar:

- Articulaciones AC, hábito general  
Movimiento de la columna cervical  
+Fuerza del deltoides  
Movimiento del hombro Movimiento del codo  
Movimiento del codo y la muñeca  
Movimiento de manos y dedos, deformidades Simetría y derrame de rodilla/tobillo Movimiento de cadera, rodilla y tobillo Simetría de hombro, escoliosis Escoliosis, movimiento de cadera, isquiotibiales Simetría de pantorrilla, fuerza de pierna

**EVALUACIÓN MURMUR** - La auscultación debe realizarse sentado, en decúbito supino y en cucillas en una habitación silenciosa utilizando el diafragma y la campana de un estetoscopio.

Hallazgo auscultatorio de:

1. S1 se oye con facilidad; no es holosistólico, suave, de tono bajo
2. S2 normal
3. Sin chasquido de eyeción o medio sistólico
4. Ausencia de soplo diastólico continuo
5. Ausencia de soplo diastólico precoz
6. Pulso femorales normales

(Equivalentes a los pulsos braquiales en fuerza y llegada)

RulBs fuera:

- CIV y regurgitación mitral  
\*Estrategia, CIA e hipertensión pulmonar  
Estenosis aórtica y estenosis pulmonar  
Conducto anerótico persistente  
Insuficiencia aórtica Coartación

**CDNCUSIÓN -- ¿Cuándo puede volver a jugar un deportista tras una conmoción cerebral?**

Tras sufrir una conmoción cerebral, ningún deportista debe volver a jugar o entrenar el mismo día. Anteriormente, se permitía a los deportistas volver a jugar si sus síntomas se resolvían en los 15 minutos siguientes a la lesión. Los estudios han demostrado que el cerebro de los jóvenes no se recupera tan rápidamente, por lo que la Legislatura de Oregón ha establecido una norma según la cual ningún jugador podrá volver a jugar el mismo día después de sufrir una conmoción cerebral y el deportista deberá recibir el visto bueno de un profesional sanitario adecuado antes de que se le permita volver a jugar o a entrenar.

**Progresión gradual de regreso a la participación:** ORS 336W5, ORS 417.875 exigen una alta médica antes de volver a participar.

1. **Actividad limitada por síntomas:** Reposo relativo hasta 48-72 horas. Permitir actividad física y cognitiva de baja intensidad. Puede incluir quedarse en casa o limitar el horario escolar y/o los deberes. Reintroduzca gradualmente una actividad muy ligera mientras limita los síntomas.
2. **Ejercicio aeróbico ligero:** Caminar o bicestación a intensidad baja a moderada; sin contacto, resistencia o entrenamiento con pesas.
3. **Ejercicio deportivo específico:** Esprintar, regatear baloncesto o fútbol; sin casco ni equipo, sin actividades de impacto en la cabeza.
4. **Entrenamiento sin contacto:** Ejercicios más complejos con equipamiento completo. Puede comenzar el entrenamiento con pesas o resistencia.

\*\*Antes de pasar a la siguiente fase, el deportista debe estar totalmente recuperado, tener la alta médica y asistir a la escuela a tiempo completo sin adaptaciones.

5. **Entrenamiento de contacto total:** Participar en actividades normales de entrenamiento de contacto total.
6. **Retorno a la participación sin restricciones / Competición completa:** Jugar contra el equipo contrario.

El deportista debe pasar un mínimo de un día en cada escalón. Si los síntomas reaparecen, el deportista debe interrumpir la actividad y ponerse en contacto con su entrenador deportivo u otro profesional sanitario. Dependiendo del tipo específico y de la gravedad de los síntomas, se le puede indicar al deportista que descansen durante 24 horas y luego reanude la actividad un escalón por debajo del nivel en el que se produjeron los síntomas. La progresión gradual se aplica a todas las actividades, incluidos los deportes y las clases de educación física.

### 581-021-0041 Formulario y protocolo para exámenes físicos deportivos

1. el Consejo de Educación del Estado adopta por referencia el formulario titulado "School Sports Pre-Participation Examination" con fecha de abril de 2023 que debe utilizarse para documentar el examen físico y establece el protocolo para llevar a cabo el examen físico. El formulario puede utilizarse en forma a mano impresa o electrónico. Los proveedores médicos pueden utilizar sus sistemas de historiales médicos electrónicos para producir el formulario electrónico. Los proveedores médicos que realicen exámenes físicos a estudiantes que participen en actividades extracurriculares en los grados 7 a 12 deben utilizar el formulario.
2. Si el formulario se produce a partir de un registro médico electrónico, debe contener la siguiente declaración por encima de la línea de la firma del proveedor médico:  
\*Este formulario es un duplicado exacto del formulario actual requerido por el Consejo Estatal de Educación que contiene las mismas preguntas de historia clínica y los mismos resultados del examen físico. También he revisado los "Protocolos de examen sugeridos".
3. Los proveedores médicos que lleven a cabo exámenes físicos a partir del 1 de mayo de 2018 y antes del 1 de mayo de 2023 deben utilizar la granja con fecha de mayo de 2017.
4. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2023 y antes del 1 de mayo de 2024 podrán utilizar el formulario con fecha de mayo de 2017 o el formulario con fecha de abril de 2023.
5. Los proveedores médicos que realicen exámenes físicos a partir del 1 de mayo de 2024 deben usar el formulario con fecha de abril de 2023.

NOTA: El formulario se puede encontrar en el sitio web de la Asociación de Actividades Escolares de Oregón (OSAA) en <https://www.osaa.org/health-safety-statutory-other-authority>: ORS 326.051