

**Escuelas Públicas de Westchester
Distrito 92½**

**Guía para formas de Intramurales,
Atletismo después de la escuela y Porristas/Equipo de baile**

3 formas requeridas:

- Acuerdo para participar en para Intramurales, Atletismo después de la escuela y Porristas/Equipo de baile (firmado por el estudiante y llenado por el padre/tutor).
- Certificado de aptitud física para la participación en Atletismo (completada por el padre/tutor)
- Forma de Examinación Pre-Participación IHSA (completada por un profesional de salud licenciado)

Todas las 3 formas deben ser completadas y entregadas en la fecha siguiente para que su hijo obtenga una prueba de competencia y participar en cualquiera de las siguientes actividades:

WMS Deportes Otoño / Invierno: Regresar en Agosto 25, 2021

Sófbol para Niños
Baloncesto para Niñas
Baloncesto para Niños
Porristas / Equipo de baile
Intramurales de Otoño

WMS Deportes Primavera: Regresar en Enero 11, 2022

Voleibol para Niñas
Voleibol para Niños
Sófbol para Niñas
Fútbol Mixto
Intramurales de Primavera

WIS Deportes e Intramurales: Regresar antes de participación/pruebas

Si tiene alguna pregunta referente a estas formas, por favor contactar:

WMS

Gina Cerasuolo, Asistente de Salud
gcerasuolo@sd925.org or 708-498-0429

WIS

Wendy Hennings, Asistente de Salud
whennings@sd925.org or 708-498-0095

Blank Page

**Escuelas Públicas de Westchester
Distrito 92½**

**Acuerdo para Participar en Atletismo Intramuros, Después de
Clases y en el Equipo de Animación/Baile**

Cada estudiante y su padre / tutor deben leer y firmar este *Acuerdo para Participar* cada año antes de que se les permita participar en actividades deportivas interescolares o atletismo intramuros. El *Acuerdo* completado debe ser devuelto a la Oficina de Salud.

Nombre del estudiante (impreso) _____

1. Deseo participar en las actividades deportivas interescolares o atletismo intramuros en las Escuelas Públicas de Westchester.
2. Reconozco haber leído las reglas de elegibilidad de cualquier grupo o asociación patrocinadora de cualquier actividad en la que yo quiero participar y yo estoy de acuerdo con ellos.
3. Antes de que se me permita participar, debo: (a) proporcionar al Distrito Escolar un certificado de aptitud física (la **Forma de Examen Físico de Pre-Participación** de la Asociación de las Escuelas Primarias de Illinois) y (b) mostrar una prueba de seguro de cobertura de accidentes.
4. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas de conducta y me comportaré de manera deportiva. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de los entrenadores, técnicas de juego y programa de entrenamiento, así como todas las normas de seguridad.
5. Yo entiendo que la política de la Junta 7:305, de las *Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza del Estudiante Atleta*, requiere, entre otras cosas, que un estudiante atleta que muestre signos, síntomas o comportamientos compatibles con una lesión en la cabeza o conmoción cerebral debe ser retirado de la práctica o la competencia en ese momento y que no se le permitirá al estudiante volver a jugar o a la práctica hasta que él o ella haya completado con éxito los protocolos de regreso-al-juego y regreso-a-aprender, incluyendo haber sido autorizado a regresar por el médico tratante con licencia para practicar medicina en todas sus ramas o un entrenador atlético certificado bajo la supervisión de un médico.
6. Soy consciente de que con la participación en los deportes viene el riesgo de lesiones, y entiendo que el grado de peligro y la gravedad de los riesgos varían significativamente de un deporte a otro, con los deportes de contacto llevando el mayor riesgo. Soy consciente de que la participación en el deporte implica viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes en deporte(s) o atletismo en los que voy a participar y en todos los viajes concernientes. Estoy de acuerdo en mantener libres al Distrito, sus empleados, agentes, entrenadores, miembros de la Junta Escolar, y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, acciones, reclamaciones o demandas de cualquier tipo y naturaleza que puedan surgir por o en conexión con mi participación en el deporte interescolar patrocinado por la(s) escuela(s) o el atletismo intramuros. Los términos aquí mismo harán las veces de liberación y sumisión de riesgos para mis herederos, bienes, ejecutor, administrador, designados y para todos los miembros de mi familia.

Firma del Estudiante

Fecha

Para ser leído y firmado por el padre/guardián del estudiante:

1. Soy el padre/guardián del estudiante mencionado arriba y doy mi permiso para que mi hijo(a) o alumno a participar en deporte(s) interescolar(es) o atletismo intramuros indicados. He leído el *Acuerdo para Participar* descrito arriba y entiendo sus términos.
2. Entiendo que todos los deportes pueden implicar muchos **riesgos de lesiones**, y entiendo que el grado de peligro y gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro con los deportes de contacto con el riesgo más alto. Soy consciente de que la participación en el deporte implica viajar con el equipo. En consideración del Distrito Escolar de permitir que mi hijo participe, estoy de acuerdo en mantener libres al Distrito, sus empleados, agentes, entrenadores, directivos y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, acciones, reclamaciones o demandas de cualquier clase y naturaleza que puedan surgir por o en conexión con la participación de mi hijo(a) en deporte (s) o atletismo. Asumo toda la responsabilidad y certifico que mi hijo(a) está en buen estado de salud física y es capaz de participar en el deporte o atletismo que se ha indicado anteriormente.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Información del Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono en la tarde: _____

Número de celular: _____ Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono en la tarde: _____

Número de celular: _____ Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono en la tarde: _____

Número de celular: _____ Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono en la tarde: _____

Número de celular: _____ Otro: _____

**Escuelas Públicas de Westchester
Distrito 92½**

Certificado de Aptitud Física para la Participación en Atletismo

Para ser enviado al Director de Plantel. (Letra de imprenta)

Estudiante	Deporte/Actividad
Padre/Guardián	Teléfono de Casa
Domicilio	Teléfono Celular
Contacto de Emergencia (<i>relación con el estudiante</i>)	Teléfono del Contacto
Nombre del Doctor	Teléfono del Doctor

Cualquier lesión sufrida debe ser reportada al supervisor/entrenador en el día que se produzca la lesión. Debe entenderse, además, que bajo ninguna circunstancia la póliza de seguro del Distrito Escolar cubre ninguna **lesión del estudiante**. La administración requiere **Seguro de Accidentes del Estudiante o prueba de una póliza familiar**. Por favor, indique su aseguradora y el número de póliza de seguro o adjunte una copia de su tarjeta de seguro.

Compañía del seguro _____

Numero de póliza del seguro _____

Certifico que:

1. Mi hijo(a) está en buena salud y es capaz de participar en el deporte o la actividad indicada arriba. No existe limitación para su participación. Asumo toda la responsabilidad de su condición física y de su participación, y les notificaré de cualquier cambio.
2. Como parte del proceso de registro, he autorizado las medidas de emergencia necesarias para proteger la salud y el bienestar de mi hijo(a), permitiendo a la escuela proveer tratamiento médico para mi hijo(a), en caso de una emergencia médica, cuando los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo sean infructuosos.
3. Si mi hijo necesita o pudiera necesitar medicamentos durante su participación en atletismo, he completado y entregado la *Solicitud de Administración de Medicina*.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Blank Page



Pre-participation Examination



To be completed by athlete or parent prior to examination.

Name _____ School Year _____
Last First Middle

Address _____ City/State _____

Phone No. _____ Birthdate _____ Age _____ Class _____ Student ID No. _____

Parent's Name _____ Phone No. _____

Address _____ City/State _____

HISTORY FORM

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

Do you have any allergies? Yes No If yes, please identify specific allergy below.
 Medicines Pollens Food Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infections Other: _____		
3. Have you ever spent the night in the hospital?		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No
13. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)?		
14. Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?		
20. Have you ever had a stress fracture?		
21. Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability? (Down syndrome or dwarfism)		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
28. Is there anyone in your family who has asthma?		
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
34. Have you ever had a head injury or concussion?		
35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
36. Do you have a history of seizure disorder?		
37. Do you have headaches with exercise?		
38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
44. Have you had any eye injuries?		
45. Do you wear glasses or contact lenses?		
46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
47. Do you worry about your weight?		
48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
50. Have you ever had an eating disorder?		
51. Have you or any family member or relative been diagnosed with cancer?		
52. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
FEMALES ONLY	Yes	No
53. Have you ever had a menstrual period?		
54. How old were you when you had your first menstrual period?		
55. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____



Pre-participation Examination



PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____
Last First Middle

EXAMINATION		
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP / (/)	Pulse	Vision R 20/ L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/Ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in interscholastic sports for 395 days from this date.

Yes _____ No _____ Limited _____ Examination Date _____

Additional Comments:

Physician's Signature _____ Physician's Name _____

Physician's Assistant Signature* _____ PA's Name _____

Advanced Nurse Practitioner's Signature* _____ ANP's Name _____

*effective January 2003, the IHSA Board of Directors approved a recommendation, consistent with the Illinois School Code, that allows Physician's Assistants or Advanced Nurse Practitioners to sign off on physicals.