



# NMAA 2020-2021 FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DE PREPARTICIPACIÓN

\*Como resultado de la pandemia de COVID-19, el siguiente formulario se puede usar para renunciar al requisito de examen de preparticipación anual para estudiantes que regresan. Este formulario solo será aceptado para el año escolar 2020-2021.

NOMBRE (Último, primero, MI): \_\_\_\_\_ AÑOS: \_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ESCUELA: \_\_\_\_\_ DEPORTES: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CÉLULA: \_\_\_\_\_ OTRO(S): \_\_\_\_\_

Marque las casillas SÍ o NO para cada pregunta.

**Fecha de los últimos deportes físicos** SÍ NO  
 1. ¿Recibió un examen de preparticipación (físico deportivo) el 1 de abril de 2019 o después? .....

**Preguntas de riesgo medico**

- 2. En el último año, ¿un médico restringió su participación en los deportes por algún motivo sin autorizarlo a volver a practicar deportes?
- 3. En el último año, ¿se desmayó o casi se desmayó durante o después del ejercicio? .....
- 4. En el último año, ¿ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio? .....
- 5. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata murió repentina e inesperadamente sin razón aparente? .....
- 6. En el último año, ¿algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o tuvo una muerte inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo un ahogamiento inexplicable o un accidente automovilístico inexplicable)? .....
- 7. En el último año, ¿ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral que todavía tenga síntomas como dolores de cabeza continuos, problemas de concentración? o problemas de memoria? .....
- 8. ¿Ha dado positivo por COVID-19? .....
- 9. ¿Alguien de su familia inmediata ha dado positivo por COVID-19 en los últimos diez (10) días? .....
- 10. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos diez (10) días? .....

**Padres o tutores legales:** Tenga en cuenta cualquier problema de salud, medicamentos o alergias que puedan ser importantes. para que el director de atletismo / actividades y / o entrenadores lo sepan.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*“No conozco ninguna razón física o de salud adicional existente que impida la participación en deportes. Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y precisas y apruebo la participación en actividades deportivas. Además, soy consciente de que existe un riesgo inherente de lesiones y / o enfermedades asociadas con la participación en actividades deportivas y otorgo permiso para que mi hijo participe en las actividades de NMAA durante la actual pandemia de COVID-19.”*

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**School Personnel Review** For School Use Only

- 1. Question 1: NO – Student requires a preparticipation examination from an approved HCP using the NMAA-Approved Sports Physical Form: [https://www.nmact.org/file/Physical\\_Form\\_Spanish.pdf](https://www.nmact.org/file/Physical_Form_Spanish.pdf)
- 2. Question 2-4: SÍ – Student requires a preparticipation examination from an approved HCP using the NMAA-Approved Sports Physical Form: [https://www.nmact.org/file/Physical\\_Form\\_Spanish.pdf](https://www.nmact.org/file/Physical_Form_Spanish.pdf)
- 3. Questions 5-10: SÍ – Student requires written clearance from an approved HCP.

NOTES:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

CLEARED FOR SPORTS: YES  NO

**NEW MEXICO ACTIVITIES ASSOCIATION**

6600 PALOMAS AVE. NE  
ALBUQUERQUE, NM 87109  
PHONE: 505-923-3110  
FAX: 505-923-3114



www.nmact.org

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA FORMA**

El consentimiento de los padres para atletas menores generalmente se requiere para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de heridas y enfermedades, junto con decisiones sobre el retorno a jugar después de una herida o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para proporcionar el consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y seguridad de los atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor.

En consecuencia, como miembro de la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas en inglés),

\_\_\_\_\_ (nombre de la escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que un padre / tutor legal dé su consentimiento por escrito para la prestación de la medicina deportiva necesaria servicios a su atleta menor por parte de un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado por la escuela / distrito / NMAA, en la medida en que QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante / atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador atlético, un médico / médico osteópata, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia del estado de Nuevo México (o el estado en el que se encuentra el estudiante / atleta en el momento en que ocurre la herida / enfermedad) y quién está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Nuevo México. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico o un técnico médico de emergencias certificado, pero solo con el propósito de proporcionar atención y transporte de emergencia según lo estipulado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

**POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE O TIPO**

"Yo, \_\_\_\_\_ el abajo firmante, soy el padre / tutor legal de,

\_\_\_\_\_, un menor y estudiante-atleta en \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela o distrito) que pretende participar en deportes y / o actividades interescolares. Entiendo que la escuela / distrito / NMAA puede emplear o designar QMP's (como se definió anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se definió anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela / distrito, durante las cuales otros QMP son responsables por proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para que preporcione servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el retorno al juego de acuerdo con el alcance de la práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Nuevo México lo limite. También entiendo que la documentación correspondiente a cualquier servicio de medicina deportiva que se preporciona al menor antes mencionado, puede ser mantenida por el QMP. Por la presente autorizo al QMP que preporciona dichos servicios al menor antes mencionado para que divulgue dicha información sobre la herida / enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de vuelta al juego del atleta a aquellos que, según el criterio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y una recuperación de la herida / enfermedad, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores, al director deportivo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del salón de clases que tenga que proporcionar alojamiento académico para asegurar la recuperación y el retorno seguro de la actividad del estudiante atleta, y cualquier QMP que lo trate.

Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la herida o enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una herida / enfermedad deben ser tomadas por el QMP empleado / designado por la escuela / distrito / NMAA."

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_



# CONMOCION EN DEPORTES

## Una Hoja Informativa para Padres y Atletas

### ¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una concusión es una lesión que cambia cómo funcionan normalmente las células en el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que hace que el cerebro se mueva rápidamente dentro del cráneo. Aún, un “tope de cabeza” o “sentirse como mareado,” o lo que parece ser un mediano golpe en la cabeza pueden ser serios. Conmociones pueden ser el resultado de una caída o de jugadores chocándose con otro atletas o con obstáculos, como un poste.

### ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN

#### Observado por el atleta

- Dolor de cabeza
- Nausea o vomitina
- Problemas de equilibrio o mareos.
- Visión doble o borrosa
- Molestado por luz
- Molestado por ruido
- Sentimiento moroso, taranteado o mareado
- Problemas en prestando atención
- Problemas en recordando
- Confusión
- No “se siente bien”

#### Observados por los padres/ tutores

- Está confundido acerca de cesión o posición
- No está seguro del partido, el tanteo, o oponente
- movimiento torpe
- Contesta preguntas despacio
- Falta conciencia (poco tiempo)
- Muestra los cambios de comportamiento o personalidad. No puede recordarse de lo que pasó después de una caída o un golpe
- Aparece atontado o aturdido

### QUÉ HACER SI LAS SEÑALES/LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁN

#### Atleta

- ¡INMEDIATAMENTE, DIGALE A SU ENTRENADOR!
- Dígale a sus padres
- Busca atención Medical
- Darse tiempo para recuperar

#### Pariente/ Tutor

- Busca atención de Medico
- Mantenga a su hijo fuera de juego
- Discutir un plan para volver a participación con su entrenador

***Es mejor perder un partido que toda la temporada.***

***Tomase tiempo para recuperar.*** Si usted ha tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro todavía esta sanando, es mucho mas probable a tener una segunda conmoción. Conmoción cerebral de Segundo o posterior puede causar daño al cerebro. Es importante descansar hasta la aprobación de un médico o un médico profesional para volver a jugar.

## VOLVER A PAUTAS DE JUEGO EN SB38

1. Eliminar inmediatamente de la actividad cuando muestra señales o tiene síntomas.
2. No debe volver a la actividad antes de un mínimo de 240 horas (10 días).
3. Liberación de un médico profesional requerido para el retorno. Siga el retorno del distrito escolar para reproducir las pautas.
4. Entrenadores continúan supervisar para las muestras/síntoma desde atléticos vuelva a actividad.

Los estudiantes necesitan descanso cognitiva desde el aula, los mensajes de texto, teléfonos celulares, etc.

## REFERENCIAS EN EL PROYECTO DE LEY SENADO 38 Y LESIONES CEREBRALES

### Senate Bill 38:

<https://www.nmlegis.gov/Sessions/17%20Regular/final/SB0038.pdf>

Para más información sobre lesiones cerebrales consulte los siguientes sitios web:

<http://nfhslearn.com/courses/61059/concussion-for-students>

<http://www.nfhs.org/resources/sports-medicine>

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

<http://www.stopsportsinjuries.org/concussion.aspx>

<http://www.ncaa.org/health-and-safety/medical-conditions/concussions>



## **FIRMAS**

Al firmar abajo, el padre / guardián y el atleta reconocen lo siguiente:

- ♦ Ambos han recibido y revisado la hoja de datos de Atletismo y Padres de la NMAA en Concusión en Deportes.
- ♦ Ambos comprenden los riesgos de lesiones cerebrales asociadas con la participación en la actividad atlética de la escuela, y son conscientes de la Ley del Estado del Senado de Nuevo México 38; Ley de concusión.
- ♦ El atleta ha recibido entrenamiento de lesión cerebral de acuerdo con la Ley 38 del Senado.

\_\_\_\_\_  
Firma de Atleta

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha