



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005

TEL.: (847) 593-4300 * FAX: (847) 593-4352

CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA ATLÉTICO
ENTRE ESCUELAS y
CONFORMIDAD DEL PADRE Y EL ESTUDIANTE CON LA INFORMACIÓN SOBRE LAS
CONMOCIONES CEREBRALES

El estudiante y su padre o tutor deben leer y firmar este formulario cada año antes participar en pruebas y competencias de atletismo o deportes interescolares. Este *Formulario de Consentimiento* debe ser completado y devuelto a la Enfermera Escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento _____

Para ser leído por el estudiante y el padre o tutor:

1. Deseo participar en competencias de atletismo entre escuelas.
2. Estoy de acuerdo en acatar todas las reglas de conducta y mostraré comportamiento deportivo. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de los entrenadores, las técnicas de juego y el itinerario de entrenamiento, así como todas las reglas de seguridad.
3. Entiendo que, a fin de participar en el programa de atletismo entre escuelas, debo mantener la elegibilidad académica y seguir las normas de comportamiento correcto, según lo establece el Distrito Escolar 59.
4. Entiendo que la Política de la Junta 7:305 *Conmociones y lesiones cerebrales en el estudiante atleta* requiere, entre otras cosas, que un estudiante atleta que presente señales y síntomas o comportamientos consistentes con una lesión o conmoción cerebral debe eximirse de la participación o removerse de la competencia en ese momento y no se le permitirá jugar a menos que lo autorice un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas o un entrenador atlético certificado. He leído la información que se incluye en este documento sobre las Conmociones y lesiones cerebrales en el estudiante atleta.

Para ser leído por el padre o tutor:

1. Soy el padre/tutor del estudiante arriba mencionado y doy mi permiso para que mi hijo(a) o pupilo(a) participe en competencias de atletismo o deportivas entre escuelas.
2. Entiendo que los estudiantes que participan en los programas y pruebas atléticas entre escuelas, o en los partidos, encuentros y/o juegos regulares programados, deben someterse a un examen físico con un médico que tenga licencia, una enfermera especializada o un asociado médico durante los últimos doce meses. También entiendo que el *o*Certificado de Examen de Salud del Estudiante*o* debe estar en el expediente de la Oficina de Salud de la escuela antes de que el estudiante participe. El costo del examen físico es la responsabilidad del padre o tutor.
3. Entiendo que debo mostrar prueba de cobertura de seguro de accidente para el estudiante.
4. Soy consciente de que la participación en deportes viene acompañada del riesgo de sufrir una lesión, y entiendo que el grado de peligrosidad y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que mayor riesgo presentan. Soy consciente que la participación en deportes implica viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al (a los) deporte(s) o el programa atlético en que

participaré y en todos los viajes necesarios. Eximo al distrito, sus empleados, agentes, entrenadores, miembros de la Junta de Educación y voluntarios de toda responsabilidad, acciones, reclamaciones o demandas de cualquier tipo y naturaleza que surjan de o en conexión con mi participación en el (los) deporte(s) interescolar(es) auspiciado(s) por la escuela o el programa de atletismo intramural. Los términos aquí incluidos servirán a modo de renuncia y asunción de riesgo de mis herederos, sucesión, albacea, administrador, cesionarios y todos los miembros de mi familia.

5. Entiendo que, a fin de participar en el programa de atletismo entre escuelas, mi hijo(a) debe mantener la elegibilidad académica y las normas de comportamiento correcto, según lo establece el Distrito Escolar 59.

6. Reconozco haber recibido y revisado con mi hijo(a) la siguiente *Información sobre las conmociones cerebrales*.

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONMOCIONES CEREBRALES (Ref. 105 ILCS 10/5-20.53, P.A. 97-204)

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, y todas las lesiones cerebrales son graves. Las mismas son causadas por un impacto, golpe o sacudida a la cabeza, o por un golpe a alguna otra parte del cuerpo cuya fuerza es transmitida a la cabeza. Pueden fluctuar desde leves hasta graves y perturbar el funcionamiento normal del cerebro. Aunque la mayoría son leves, **todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones, incluyendo daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y manejan correctamente.** En otras palabras, incluso un toque o un golpe en la cabeza puede ser grave. Las conmociones cerebrales no se pueden ver, y la mayoría de las conmociones cerebrales que ocurren cuando se practican deportes no produce pérdida del conocimiento. Las señales y los síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de la lesión o tomar varias horas o días para que aparezcan totalmente. Si su hijo(a) indica que presenta síntomas de una conmoción cerebral, o si usted observa los síntomas o las señales de una conmoción, busque atención médica de inmediato.

Los síntomas pueden incluir una o más de las siguientes señales:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza • Presión en la cabeza • Náuseas o vómitos • Dolor en el cuello • Problemas de equilibrio o mareos • Visión borrosa, doble o turbia • Sensibilidad a la luz o al ruido • Sensación de letargo o flojera • Sensación de confusión o aturdimiento • Somnolencia • Cambio en los patrones de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia • No se siente del todo bien • Cansancio o falta de energía • Tristeza • Nerviosismo o ansiedad • Irritabilidad • Más exaltación que de costumbre • Confusión • Problemas de concentración o memoria (olvida las técnicas de juego) • Repetición de la misma pregunta o comentario
Las señales observadas por los compañeros de equipo, padres y entrenadores incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Parece aturdido • Expresión ausente • Confusión con respecto a la asignación • Olvida las técnicas de juego • No está seguro del partido, la puntuación o el oponente • Se mueve torpemente o le falta de coordinación • Responde preguntas lentamente • Dificultad para hablar 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra cambios de comportamiento o personalidad • No puede recordar eventos ocurridos antes del golpe • No puede recordar eventos ocurridos después del golpe • Ataques cerebrales o convulsiones • Cambios en el comportamiento típico o la personalidad • Pérdida del conocimiento

¿Qué puede ocurrir si mi hijo(a) sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa demasiado pronto al juego?

Los atletas que presentan señales y síntomas de una conmoción cerebral deben ser inmediatamente retirados del juego. Continuar jugando con las señales y los síntomas de una conmoción cerebral hace que el atleta joven sea especialmente vulnerable a una lesión mayor. Existe un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produce dicha conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera. Esto puede conducir a una recuperación prolongada o incluso causar inflamación cerebral severa (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los atletas adolescentes a menudo no reportan síntomas luego de sufrir una lesión. Las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, la educación de los administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para la seguridad del estudiante atleta.

Si usted cree que su hijo(a) ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta que se sospeche sufra una conmoción cerebral debe ser inmediatamente removido del juego o la práctica. Ningún atleta puede regresar a la actividad después de sufrir una lesión aparente en la cabeza o conmoción cerebral, independientemente de cuan leve parezca o cuan rápidamente desaparezcan los síntomas, sin previa autorización médica. Se debe continuar observando estrechamente al atleta durante varias horas. La política de la Asociación de Escuelas Preparatorias de Illinois (conocida en inglés como IHSA) requiere que, antes de volver a jugar o practicar, los atletas que han sufrido una posible lesión o conmoción cerebral o que han sido retirados de una competencia intercolegial y no han recibido autorización para regresar a dicha competencia deben proporcionar a su escuela una autorización escrita o bien de un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas o bien de un entrenador atlético certificado que trabaje junto con un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas. De conformidad con la ley del estado, todas las escuelas que sean miembros de IHSA deben seguir esta política.

Usted también debe informar al entrenador de su hijo(a) si cree que su hijo(a) puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un partido que perderse toda la temporada. Y, en caso de duda, el atleta no deben participar en el partido.

Para obtener información actualizada sobre las conmociones cerebrales, visite:
<http://www.CDC.gov/ConcussionInYouthSports/>

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Proveedor del seguro médico _____

Núm. del grupo _____ Núm. de identificación _____

Tanto el padre o tutor como el estudiante deben firmar para indicar que están de acuerdo con estas condiciones y que ambos han leído la información acerca de las conmociones cerebrales.

Escuela _____

Grado _____

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del estudiante (en letra de molde)

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

DEVUELVA ESTE FORMULARIO FIRMADO A LA ENFERMERA EN LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA.