

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA DEPORTES DE ESCUELA ELEMENTAL

Parte 1. Información del Estudiante Escuela _____

Nombre del Estudiante _____ Grado en la Escuela _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

Dirección Residencial _____ Teléfono del Hogar _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono del Trabajo _____

Persona de Contacto en una Emergencia _____ Teléfono _____

Parte 2. Reconocimiento y Exoneración por el Padre / Tutor / Estudiante

- A. Yo/nosotros por la presente doy/damos consentimiento para que mi/nuestro hijo/pupilo participe en las Actividades Deportivas de Escuela Elemental
- B. Se me/nos ha informado y reconozco/reconocemos que mi/nuestro hijo/pupilo sabe de los riesgos involucrados por la participación en deportes de escuela elemental, entiende que una lesión seria y hasta muerte, es posible por tal participación y elije aceptar cualquier y toda responsabilidad por su seguridad y bienestar mientras participa en deportes de escuela elemental. **Con el completo entendimiento de los riesgos involucrados, yo/nosotros exonero/exoneramos y eximo/eximimos a la Junta Escolar del Condado Osceola, la escuela de mi/nuestro hijo/pupilo, las escuelas contra las que compite su escuela y los oficiales de la competencia de cualquier y toda responsabilidad de alguna lesión o reclamación que resulte de dicha participación deportiva y participación en las actividades deportivas de escuela elemental y estoy de acuerdo de no tomar acción legal en contra de cualquiera de las entidades antes mencionadas debido a cualquier accidente o contratiempo que conlleve la participación de mi/nuestro hijo/pupilo en deportes. Este consentimiento aplica a toda la participación en Actividades Deportivas de Escuela Elemental durante todo el año escolar.** Yo/nosotros autorizo/autorizamos tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro hijo/pupilo si surgiera la necesidad de tal tratamiento mientras mi/nuestro hijo/pupilo está bajo la supervisión de la escuela. Yo/nosotros además, por la presente, autorizo/autorizamos el uso o divulgación de la información individual de salud de mi/nuestro hijo/pupilo, por si fuera necesario un tratamiento por enfermedad o lesión. Yo/nosotros concedo/concedemos a las partes exoneradas el derecho de fotografiar y/o filmar en video a mi/nuestro hijo/pupilo y además utilizar el nombre, cara, parecido, voz y apariencia de dicho hijo/pupilo en conexión con exhibiciones, publicidad, anuncios de materiales para promoción y ventas sin reservación o limitación.
- C. Yo/nosotros aceptamos cualquier y toda responsabilidad de la seguridad y bienestar de él/ella mientras viaja al evento deportivo. **Con el total entendimiento de los riesgos envueltos, yo/nosotros exonero/exoneramos y eximo/eximimos a la Junta Escolar del Condado Osceola, la escuela de mi/nuestro hijo/pupilo, las escuelas contra las que compite su escuela y los oficiales de la competencia de cualquier y toda responsabilidad de alguna lesión o reclamación que resulte de cualquier accidente que pueda ocurrir mientras viaja desde y hasta el evento deportivo.**
- D. Favor de marcar en la línea apropiada. La póliza de Seguro del Estudiante es secundaria a todas las otras bases de cobertura.

_____ Mi/nuestro hijo/pupilo está cubierto bajo mi/ nuestro seguro de salud familiar, el cual tiene límites de no menos de \$25,000.
Compañía _____ Número de Póliza _____

_____ Yo/nosotros no tengo/tenemos seguro de salud para mi/nuestro hijo/pupilo y he/hemos escogido comprar el seguro de accidente del estudiante durante el horario escolar y/o el de 24 horas de *Florida School Insurance* para cubrir a mi/nuestro hijo/pupilo. **www.schoolinsuranceofflorida.com**
Número de Póliza _____

_____ Yo/nosotros no tengo/tenemos seguro para mi/nuestro hijo/pupilo y entiendo/entendemos que dicho niño/pupilo solo está cubierto por su participación en deportes de escuela elemental y no está cubierto durante el horario escolar y para ninguna otra actividad extracurricular fuera de la escuela que sea provista por la escuela.

HE/HEMOS LEIDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SE/SABEMOS QUE CONTIENE UNA EXONERACIÓN

Nombre del Padre / Tutor (Letra de Molde)

Nombre del Padre / Tutor (Firma)

Fecha

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

CONTUSIÓN CEREBRAL:

Contusión cerebral es una lesión en el cerebro. Las contusiones cerebrales, así como también otras lesiones en la cabeza, son serias. Pueden ser causadas por un golpe/chichón, giro brusco de la cabeza, desaceleración o aceleración repentina, golpe o sacudida de la cabeza o golpe a cualquier parte del cuerpo con fuerza que se transmita a la cabeza. Usted no puede ver una contusión cerebral y más del 90% de todas las contusiones cerebrales ocurren sin pérdida de conocimiento. Las señales y síntomas de una contusión cerebral pueden mostrarse rápidamente después de la lesión o pueden tomar horas o días para que aparezcan por completo. Todas las contusiones cerebrales son potencialmente serias y si no se manejan apropiadamente, pueden resultar en complicaciones incluyendo daño cerebral y en raros casos, hasta muerte. Aún un “leve golpe” o golpe/chichón en la cabeza puede ser serio. Si su hijo reporta cualquier síntoma de una contusión cerebral o si usted nota los síntomas o señales de una contusión cerebral, su hijo debe ser removido inmediatamente del juego, ser evaluado por un doctor profesional y que el doctor profesional verifique que todo está bien.

* Puede encontrar Videos Educativos GRATIS sobre Contusiones Cerebrales en www.nfhslearn.com y/o sportsafetyinternational.org

Señales y Síntomas de una Contusión:

Los síntomas de una contusión pueden presentarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar varios días para que aparezcan. Estudios demuestran que toma un promedio de 10-14 días o más para que se resuelvan los síntomas y en raros casos o si el atleta ha sufrido múltiples contusiones, los síntomas se pueden prolongar. Las señales y los síntomas de una contusión pueden incluir: (no están limitados a los siguientes)

- Mirada perdida o ver estrellas
- Falta de conciencia de su entorno
- Emociones desproporcionadas a las circunstancias (llanto o ira inapropiada)
- Dolor de cabeza o dolor de cabeza persistente, náusea, vómitos
- Visión alterada
- Sensibilidad a la luz o los ruidos
- Respuestas verbales y motoras retardadas
- Desorientación, dificultad para hablar o hablar incoherentemente
- Mareos, incluyendo sensación de mareo, vértigo (giratorio) o falta de equilibrio (perder el balance o sensación de estar nadando)
- Disminución en la coordinación y los reflejos
- Confusión y dificultad para poner atención o concentrarse
- Pérdida de memoria
- Cambio repentino en el desempeño académico o descenso en las calificaciones
- En casos raros, pérdida del conocimiento

Los PELIGROS si su hijo continúa jugando con una contusión o regresa demasiado pronto:

Los atletas con señales y síntomas de contusión deben ser removidos de la actividad (juego o práctica) inmediatamente. El continuar jugando con señales y síntomas de contusión hace que el joven atleta sea vulnerable a sufrir otra contusión. Los atletas que sufren una segunda contusión antes de que los síntomas de la primera se hayan resuelto y de que el cerebro haya tenido tiempo para sanar, están en riesgo de sufrir síntomas prolongados, discapacidad permanente y hasta muerte (llamado el Síndrome de Segundo Impacto en el cual el cerebro se hincha incontrolablemente). También, existe evidencia de que múltiples contusiones pueden conducir a síntomas a largo plazo, incluyendo demencia temprana.

Pasos a seguir si usted sospecha que su hijo ha sufrido una contusión:

Cualquier atleta que se sospeche haya sufrido una contusión debe ser removido de la actividad inmediatamente. Ningún atleta puede regresar a las actividades después de una aparente lesión en la cabeza o contusión, independientemente de cuán leve parezca ser o la rapidez con la que los síntomas desaparezcan, sin una nota de alta médica efectuada por un profesional de la salud (AHCP, por sus siglas en inglés). En Florida, un profesional de la salud apropiado (AHCP) se define como un médico licenciado (MD, como se establece en *Chapter 458 de Florida Statutes*) o un médico osteópata licenciado (DO, por sus siglas en inglés y como se establece en *Chapter 459, de Florida Statutes*). La observación minuciosa al atleta debe continuar por varias horas. Usted debe buscar cuidado médico e informar a su entrenador si usted cree que su hijo pudo haber sufrido una contusión. Recuerde, es mejor perder un juego que ver su vida cambiar para siempre. En caso de dudas, siéntelos.

De regreso al juego o la práctica:

Luego de una evaluación médica, el proceso de regreso a las actividades requiere que el atleta esté completamente libre de síntomas, para entonces completar un protocolo de varios pasos bajo la supervisión de un entrenador atlético licenciado, entrenador o profesional médico y luego obtener por escrito un alta médica de un AHCP.

Para información actualizada sobre contusiones, visite <http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/> o <http://www.seeingstarsfoundation.org>

Declaración de la Responsabilidad del Estudiante Atleta

Los padres y estudiantes deben saber que evidencia preliminar sugiere que la repetición de contusiones y aún golpes que no causan contusión sintomática pueden conducir a cambios anormales en el cerebro, los cuales solamente se pueden ver en una autopsia (conocido como Encefalopatía Traumática Crónica, CTE, por sus siglas en inglés). Se han reportado casos que sugieren el desarrollo de síntomas similares a Parkinson, *Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)*, por sus siglas en inglés, lesión cerebral traumática severa, depresión y problemas de la memoria a largo plazo que pueden relacionarse con un historial de contusión. Se necesitan más investigaciones al respecto antes de que se pueda llegar a una conclusión.

Reconozco el requisito anual para mi niño/pupilo de ver “*Concussion in Sports-What You Need to Know*” en www.nfhslearn.com. Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y padecimientos a mis padres, el doctor del equipo, entrenador atlético o entrenadores asociados con mi deporte incluyendo cualquier señal o síntoma de CONTUSIÓN. He leído y entiendo la información anterior acerca de las contusiones. Informaré inmediatamente al entrenador a cargo, entrenador atlético o doctor del equipo si experimento cualquiera de estos síntomas o si soy testigo de los síntomas en un compañero de equipo. Además, he sido informado sobre los peligros de la participación para mí y para mi niño/pupilo.

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

CONTUSIÓN CEREBRAL, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CALOR Y PARO CARDIACO REPENTINO – Certificado de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad.

Este formulario completado debe mantenerse archivado en la escuela.

PARO CARDÍACO REPENTINO:

El paro cardíaco repentino es la causa principal de muerte relacionada con los deportes. Esta política provee los procedimientos para los requisitos educativos de todos los entrenadores pagados y recomienda adiestramiento adicional. El paro cardíaco repentino es una condición en la cual el corazón deja de latir repentina e inesperadamente. Si esto ocurre, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y a otros órganos vitales. El paro cardíaco repentino puede causar muerte si no es tratado en minutos.

Los síntomas del paro cardíaco repentino incluyen, pero no están limitados a: Colapso repentino, no tiene pulso, no está respirando.

Señales de alerta asociadas con el paro cardíaco repentino incluyen: Desmayarse durante ejercicio o actividad, falta de aliento, aumento en el ritmo cardíaco, mareos, dolor en el pecho, fatiga extrema.

Se recomienda enfáticamente que todos los entrenadores, pagados o voluntarios, reciban capacitación periódica en Resucitación Cardiopulmonar (*CPR*, por sus siglas en inglés) y en el uso de Desfibriladores Externos Automáticos (*AED*, por sus siglas en inglés). El entrenamiento es fomentado por agencias que proveen entrenamiento práctico y ofrecen certificados que incluyen fecha de expiración. A partir del 1º de junio de 2021, un empleado o voluntario escolar con capacitación actual en *CPR* y el uso de *AED* debe estar presente en cada evento deportivo durante y fuera del año escolar, incluidas las prácticas, entrenamientos y sesiones de acondicionamiento.

El *AED* debe estar en un lugar claramente marcado y publicitado para cada competencia atlética, práctica, entrenamiento o sesión de acondicionamiento, incluidas las realizadas fuera del año escolar.

Qué hacer si su estudiante atleta colapsa.

- 1.) Llamar al 911
- 2.) Buscar un Desfibrilador Externo Automático (*AED*, por sus siglas en inglés)
- 3.) Comenzar las compresiones.

Información sobre enfermedades relacionadas con el calor

Las personas sufren de enfermedades relacionadas con el calor cuando sus cuerpos no pueden enfriarse por sí mismos a través del sudor. El sudor es el aire acondicionado natural del cuerpo, pero cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente, el sudor no es suficiente. Las enfermedades relacionadas con el calor pueden ser serias y potencialmente mortales. Las altas temperaturas del cuerpo pueden dañar el cerebro u otros órganos vitales y pueden causar discapacidad y hasta la muerte. Las enfermedades y las muertes relacionadas con el calor se pueden prevenir.

La hipertermia es la enfermedad más seria relacionada con el calor. Sucede cuando la temperatura del cuerpo aumenta rápidamente y el cuerpo no se puede enfriar. La hipertermia puede causar discapacidad y muerte.

La deshidratación es una enfermedad relacionada con el calor la cual es más leve. Por lo regular se desarrolla después de varios días de exposición a temperaturas altas y de no tomar suficiente líquido.

Los calambres causados por el calor usualmente afectan a personas que sudan mucho durante las actividades físicas intensas. El sudar reduce la sal y la humedad del cuerpo y pueden causar calambres dolorosos, por lo regular en el abdomen, los brazos o piernas. Los calambres causados por el calor pueden ser un síntoma de deshidratación.

¿Quién está en riesgo?

Aquellos que están en mayor riesgo incluyen, los ancianos, los niños pequeños y las personas con enfermedades mentales y enfermedades crónicas. Sin embargo, aún personas jóvenes y saludables pueden sucumbir al calor si participan en actividades físicas intensas en un clima de altas temperaturas. Otras condiciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el calor incluyen, obesidad, fiebre, deshidratación, mala circulación, quemadura de sol y medicamentos recetados o el uso del alcohol.

Al firmar esta declaración, reconozco el requisito anual para mi hijo/pupilo de ver los cursos “Paro Cardíaco Repentino” y “Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor” en www.nfhslearn.com. Reconozco que la información de Paro Cardíaco Repentino y Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Calor ha sido leída y entendida. He sido informado sobre los peligros de la participación para mí y mi hijo/pupilo.

He sido asesorado sobre los peligros de mi participación y la de mi hijo/pupilo. Los abajo firmantes, a nombre de ellos mismos, el otro padre/tutor, el estudiante menor y todos los asignados y representantes de este y en toda la extensión permitida por la Ley de Florida, por la presente a sabiendas, aceptan los propios riesgos presentados por la participación en este programa y como condición de tal participación, por la presente liberan y eximen de toda responsabilidad a la Junta Escolar/ Distrito del Condado Osceola, Florida y todos sus agentes y empleados de y en contra de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, daños o cualquier otro asunto relacionado a o que surja de la participación del estudiante en este programa, (los “Asuntos Liberados”), incluyendo los Asuntos Liberados que son causados por entero o en parte por negligencia de la Junta Escolar/Distrito o cualquier empleado o agente del mismo.

Nombre del Estudiante-Atleta (LETRA DE MOLDE)

Firma del Estudiante-Atleta

____/____/____
Fecha

Nombre del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del Padre/Tutor

____/____/____
Fecha

Original: Athletic Director/School
Copy: Coach

An Equal Opportunity Agency

MED (09/08/18) FC-600-2561S (Rev. 04/27/20)

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

AÑO ESCOLAR
2020-2021

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
Departamento de Deportes

AÑO ESCOLAR
2020-2021

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Yo, padre/tutor abajo firmante, en caso de que no pueda ser contactado y/o el equipo esté fuera del Condado durante un evento entre escuelas, por la presente autorizo al entrenador designado del Distrito Escolar del Condado Osceola (SDOC, por sus siglas en inglés) u otro personal de emergencia, si fuera necesario, transportar a mi hijo(a) al apropiado centro de cuidado de salud más cercano y obtener cualquier tratamiento médico necesario. Esta autorización es válida por el año escolar 2020-21.

Además, entiendo que la Póliza de Seguro Escolar no garantiza los beneficios de la póliza. La póliza de Seguro del Estudiante es secundaria a todas las otras bases de cobertura y puede que no pague el 100% de todos los gastos médicos incurridos.

Para información sobre reclamación o elegibilidad comuníquese con: *School Insurance of Florida* – Póliza # 09-0142-2021 (Expira el 30 de junio de 2021) P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4628. Teléfono: 407-798-0290; Fax: 407-798-0296.

Para poder recibir los máximos beneficios de seguro, al cual usted tiene derecho, usted DEBE utilizar la red de su seguro primario. Comuníquese con su compañía de seguro antes de buscar tratamiento continuo para una lesión.

Alergias de Alimento/Medicina: _____

Condiciones Médicas Especiales: _____

Compañía de Seguro/Número de Póliza: _____

Última Fecha de la Vacuna de Tétano (Si la recuerda): _____

Firma del Padre / Tutor

Número(s) de Teléfono(s)

Testigo (Debe tener edad legal)

Nombre en Letra de Molde

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

Número(s) de Teléfono(s)

Nombre en Letra de Molde/ Parentesco con el niño

Número(s) de Teléfono(s)

**Asunción del riesgo y exención de responsabilidad relacionada
con el Coronavirus/COVID-19**

LEA ESTE FORMULARIO COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN PERMITIR QUE SU HIJO MENOR DE EDAD PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN QUE, AUNQUE EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO OSCEOLA ("SDOC" POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) PROCEDE CON CUIDADO RAZONABLE AL PROPORCIONAR ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA RESULTAR GRAVEMENTE HERIDO O MUERTO AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE HAY CIERTOS PELIGROS INHERENTES A LA ACTIVIDAD QUE NO PUEDEN SER EVITADOS O ELIMINADOS. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO ESTÁ RENUNCIANDO EL DERECHO DE SU HIJO Y SU DERECHO A RECUPERACIÓN A TRAVES DE UNA DEMANDA EN CONTRA DE SDOC POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL O A SU HIJO, INCLUYENDO LA MUERTE, O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y SDOC TIENE DERECHO A NEGARSE A QUE SU HIJO PARTICIPE SI NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. **COVID-19 es extremadamente contagioso** y se cree que se transmite principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas.

El Distrito Escolar del Condado Osceola ("SDOC") ha puesto en marcha medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, SDOC no puede garantizar que usted o su (s) hijo (s) no se infectarán con COVID-19. Además, asistir a eventos deportivos de SDOC podría augmentar su riesgo y el riesgo de exposición de sus hijos a COVID-19 y/o de contraerlo.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi (s) hijo (s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir a eventos deportivos de SDOC y que tal exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, incapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 al asistir a eventos deportivos de SDOC puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia mía y de otros, incluidos, entre otros, los empleados de SDOC, voluntarios y participantes del programa y sus familias.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión que sufra mi (s) hijo (s) o yo mismo (incluidos, entre otros, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamación, responsabilidad, o gasto, de cualquier tipo, que yo o mi (s) hijo (s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia o participación de mi (s) hijo (s) en eventos atléticos de SDOC ("Reclamaciones"). En mi nombre y en nombre de mis hijos, por la presente libero, me comprometo a no demandar, descargar y eximir de responsabilidad a SDOC, sus empleados, agentes y representantes de las Reclamaciones, incluidas todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones y daños, costos o gastos de cualquier tipo derivados o relacionados con los mismos. Entiendo y acepto que este comunicado incluye cualquier Reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de SDOC, sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la participación en cualquier evento deportivo de SDOC.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

**Nombre del Padre o Tutor
en letra de molde**

Nombre del estudiante atleta