

# DIAA: FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO Y EXAMEN FÍSICO PARA DEPORTISTAS

A partir de la publicación de este paquete, se **DEBEN** utilizar estos formularios al completar los formularios de la Asociación Deportiva Interescolar de Delaware (DIAA, por sus siglas en inglés) obligatorios para la participación deportiva. Todos los años, la DIAA utiliza esta carta de presentación para proporcionar información actualizada a los proveedores sobre cualquier cambio y fechas importantes.

El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la DIAA recomienda que el proveedor de atención primaria (hogar médico) del estudiante deportista rellene los formularios requeridos para garantizar la continuidad de la atención médica. Estos formularios deben completarse **después del 1.º de abril de cada año en función de un examen físico llevado a cabo por el médico firmante en el plazo de un año a partir de la fecha de la firma.**

## **Información importante:**

- Consulte la información sobre el COVID-19 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud Pública de Delaware (DPH, por sus siglas en inglés) para obtener la información más reciente sobre salud y seguridad.
- En el formulario de antecedentes (página 3), todas las preguntas deben responderse basándose en el historial médico completo (no solo en el último año).
- **La fecha en que se completan los formularios no tiene que ser el mismo día en el que se realizó el examen físico. Consulte anteriormente el plazo para realizar el examen físico.**

## Formulario de consentimiento y examen físico previo a la participación de la Asociación Deportiva Interescolar de Delaware

El formulario de consentimiento y examen físico previo a la participación de la DIAA consta de siete páginas. Las páginas dos, tres y cinco requieren la firma de los padres, mientras que las páginas seis y siete son referencias que deben conservar los padres y el estudiante deportista. La página cuatro requiere la fecha del examen y la firma del médico, y la página cinco, la fecha de la autorización para participar y la firma del médico. **El estudiante debe obtener la autorización para participar a partir del 1.º de abril en función de un examen físico realizado en un plazo de 12 meses a partir de la firma. La autorización es válida hasta el 30 de junio del año escolar siguiente, a menos que se requiera un nuevo examen.**

Nombre del deportista: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre, de la madre o del tutor: (escriba en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**En el caso de los exámenes físicos de los estudiantes de 9.º grado o nuevos ingresantes a la escuela, marque esta casilla para indicar que se ha adjuntado el formulario de vacunación:**

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES/ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares que **NO** se marcan a continuación.  
(Nombre del deportista)

NOTA: Si marca algún deporte a continuación, el deportista **NO** podrá participar en ese deporte.

____Béisbol	____Baloncesto (F) (M)	____Campo traviesa (F) (M)	____Hockey sobre césped	____Fútbol americano
____Golf	____Lacrosse (F) (M)	____Fútbol (F) (M)	____Sóftbol	____Natación (F) (M)
____Tenis (F) (M)	____Atletismo (F) (M)	____Vóleibol (F) (M)	____Lucha libre	____Animación
____Fútbol unificado	____Baloncesto unificado	____Atletismo unificado	____Otro _____	____Otro _____

1. Mi permiso se extiende a todas las actividades interescolares que se realicen tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. He leído y analizado el **Documento de información sobre conmociones cerebrales para padres y jugadores** y la **Hoja de concientización sobre el paro cardíaco repentino** y conservaré esas páginas como referencia. También he hablado al respecto con el estudiante y entendemos que las lesiones físicas, como parálisis, coma o muerte, y la *exposición al COVID-19* pueden ocurrir como resultado de la participación en deportes interescolares. Renuncio a cualquier reclamo por lesiones, *enfermedades* o daños incurridos por el deportista durante su participación en las actividades NO seleccionadas anteriormente.

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

2. Para permitir que la DIAA y todas sus escuelas asociadas y afiliadas determinen si el estudiante que se menciona en el presente documento es elegible para participar en deportes interescolares, otorgo mi consentimiento para la divulgación de todas y cada una de las partes de los archivos del expediente académico del estudiante que se menciona en el presente documento a partir de sexto grado, lo que incluye, entre otros, registros de nacimiento y edad, nombre y residencia de los padres, tutor(es) o cuidador familiar del estudiante, residencia del estudiante, historia clínica, trabajo académico completado, calificaciones obtenidas y registros de asistencia.

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

3. Otorgo mi consentimiento para que la DIAA y todas sus escuelas asociadas y afiliadas utilicen el nombre, la imagen y la información relacionada con el deporte del estudiante que se menciona en este documento en los informes de prácticas interescolares, entrenamientos o concursos, material promocional de la Asociación y otros documentos y comunicados relacionados con el deporte interescolar.

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

4. Con esta firma, otorgo mi consentimiento para que el/los médico(s) y otro(s) proveedor(es) de atención sanitaria seleccionado(s) por mí o por las escuelas puedan realizar un examen previo a la participación de mi hijo y proporcionarle un tratamiento en caso de lesión durante la participación o el entrenamiento deportivo en la escuela. Además, doy mi consentimiento para que dicho(s) médico(s) o proveedor(es) de atención sanitaria comparta(n) la información correspondiente sobre mi hijo que sea relevante para la participación con los entrenadores, el personal médico, la Asociación Deportiva Interescolar de Delaware y otro personal de la escuela, según se considere necesario. Esta información podrá utilizarse con el objetivo de supervisar las lesiones.

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

5. **Con esta firma, me comprometo a notificar al médico y la escuela sobre cualquier cambio de salud durante el año escolar que pueda afectar la participación de mi hijo en los deportes escolares.**

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE ANTECEDENTES \*Se trata de un formulario que se completa todos los años junto con el formulario de consentimiento y la tarjeta médica. El deportista y sus padres deben completar el formulario antes de la visita.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

Enumere las enfermedades actuales y anteriores: afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:	¿Alguna vez se ha sometido a un procedimiento quirúrgico? En caso
Enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales): de insectos, etc.):	Enumere todas las alergias (medicamentos, polen, alimentos, picaduras
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes cosas? (marque con un círculo)	En absoluto
	Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días Sensación de
nerviosismo, ansiedad o crisis	_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3
Incapacidad para detener o controlar las preocupaciones	_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3
Poco interés o placer al momento de hacer cosas	_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3
Sensación de decaimiento, depresión o desesperanza	_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3
Salud mental: La suma mayor o igual a 3 en las preguntas 1+2 o 3+4 se considera un resultado positivo.	

\* Tenga en cuenta a las personas que ya respondieron las preguntas en comparación con las que responden por primera vez.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con su proveedor?		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en algún deporte por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedad recientes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA:</b>	Sí	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante el ejercicio o después de él?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Su corazón se acelera, se agita o siente latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Algún médico le ha indicado que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Algún médico le ha solicitado alguna vez que se realice una prueba cardíaca, como un electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma?		
9. ¿Se mareo o le falta el aire con mayor frecuencia que a sus amigos mientras hace ejercicio?		
10. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA</b>	Sí	No
11. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Algún miembro de su familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía 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 polimorfa catecolaminérgica (TVPC)?		
13. ¿A algún miembro de su familia se le ha colocado un marcapasos o implantado un desfibrilador antes de los 35 años?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	Sí	No
14. Desde la última vez que le otorgaron una autorización para practicar deportes, ¿ha tenido una nueva lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>		
15. ¿Le han diagnosticado COVID-19?		
16. ¿Tose, tiene sibilancias o presenta dificultad para respirar durante el ejercicio o después de él?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor inguinal o testicular, o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?		
19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluido el herpes o la infección por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)?		

	Sí	No
20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o un traumatismo craneal que le haya ocasionado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras golpearse o caerse?		
22. ¿Alguna vez se ha enfermado haciendo ejercicio en el calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia padece el rasgo o la enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas en los ojos o en la vista?		
25. ¿Le preocupa mucho su peso?		
26. ¿Está intentando ganar o perder peso o alguien se lo ha recomendado?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
<b>SOLO MUJERES</b>		
29. ¿Ya ha tenido su primera menstruación?		
30. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____		
31. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____		
32. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Responda "Sí" si ha ocurrido alguna vez. Explique las respuestas afirmativas a continuación:

**PROFESIONAL SANITARIO CALIFICADO DE LA ESCUELA:** (personal de enfermería o técnicos con certificación avanzada)  
Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "sí", o ha obtenido una suma mayor o igual a 3 en las preguntas de salud mental, desde la última vez que el deportista recibió la autorización para participar, se requiere una derivación y una autorización del médico de atención primaria del deportista.

Por la presente, declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO\*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere estas preguntas adicionales sobre temas más delicados.

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez siente tristeza, desesperanza, depresión o ansiedad?
- ¿Se siente seguro en su hogar o residencia?
- ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, tabaco de mascar, rapé o dip?
- Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o dip?
- ¿Bebe alcohol o consume otras drogas?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabolizantes u otro suplemento para mejorar su rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para engordar o adelgazar o mejorar su rendimiento?
- ¿Usa cinturón de seguridad, casco y preservativos?

2. Considere la posibilidad de revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (P4-P13 del formulario de antecedentes).

EXAMEN		
Altura _____	Peso _____	
Presión arterial _____ / _____ (_____/_____)	Pulso _____	Visión D 20/_____  20/_____  Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Aspecto • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar de arco alto, <i>pectus excavatum</i> , aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM], insuficiencia valvular aórtica)		
Ojos/oidos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieren la presencia de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilicina (SARM) o tiña corporal		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos		
Funcional • Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una sola pierna y prueba de bajar o subir al cajón		

\*Considere un electrocardiograma, un ecocardiograma, una ecocardiografía, una derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o resultados del examen o una combinación de ellos.

**PROFESIONAL SANITARIO: ESTE FORMULARIO [4] DEBE UTILIZARSE JUNTO CON EL FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS [3] Y LA TARJETA MÉDICA [5]. ESTE FORMULARIO Y LA TARJETA MÉDICA DEBEN ESTAR FIRMADOS POR UN MÉDICO, MÉDICO OSTEÓPATA, PRACTICANTE DE ENFERMERÍA O AUXILIAR MÉDICO.**

Observaciones:

Nombre del profesional sanitario (médico, médico osteópata, practicante de enfermería o auxiliar médico) en letra de imprenta o escrito a máquina: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del profesional sanitario: \_\_\_\_\_ Fecha de autorización \_\_\_\_\_

c2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Universidad Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se autoriza su reimpresión con fines educativos y no comerciales, siempre que se cite la fuente.

# TARJETA MÉDICA DEL DEPORTISTA ESCOLAR \*

(Padre/madre/tutor: Complete las secciones 1, 2 y 3. Escriba en letra de imprenta).

## Sección 1: Información personal/de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_

(Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ (Otro): \_\_\_\_\_

Otra persona autorizada para comunicarse en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Médico de preferencia (y permiso para comunicarse, de ser necesario): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Seguro médico: \_\_\_\_\_

Núm. de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información médica

Enfermedades médicas: \_\_\_\_\_

Última vacuna antitetánica (mes/año): \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Dispositivos ortopédicos/férulas: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

*(Cualquier medicamento que deba tomarse durante una competencia requiere una nota de un médico).*

Lesión previa en la cabeza, el cuello o la espalda: \_\_\_\_\_

Trastorno por calor, o rasgo drepanocítico: \_\_\_\_\_

Lesiones importantes previas: \_\_\_\_\_

Cualquier otra información médica importante: \_\_\_\_\_

## Sección 3: Consentimiento para la preparación deportiva, el entrenamiento y las intervenciones de asistencia sanitaria

Por la presente, otorgo mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa de preparación deportiva y entrenamiento de la escuela y reciba cualquier tratamiento sanitario necesario, lo que incluye primeros auxilios, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, que puedan proporcionar los médicos, el personal de enfermería, los entrenadores deportivos u otros profesionales sanitarios empleados directamente por la escuela o la escuela del equipo contrario, o mediante un contrato con ellos. Los profesionales sanitarios cuentan con mi permiso para divulgar la información médica de mi hijo a otros profesionales sanitarios y funcionarios de la escuela. En el caso de que no puedan comunicarse conmigo ante una emergencia, otorgo mi permiso para que se traslade a mi hijo para recibir el tratamiento necesario. Entiendo que la Asociación Deportiva Interescolar de Delaware o sus asociados pueden solicitar información sobre el estado de salud del deportista; por lo tanto, por la presente, otorgo mi permiso para divulgar esta información siempre y cuando la información no identifique personalmente a mi hijo.

Firma del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del deportista (solo si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección 4: Autorización para participar

\_\_\_\_ No autorizado \_\_\_\_ Autorizado sin restricciones \_\_\_\_ Autorizado con las siguientes restricciones: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor sanitario calificado: \_\_\_\_\_ (médico, médico osteópata, auxiliar médico, practicante de enfermería, personal de enfermería de la escuela o técnicos con certificación avanzada)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de las oficinas de la escuela:** Esta tarjeta es válida desde el 1.º de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025.

*Nota: Si se produce algún cambio, el padre, la madre o el tutor deberá rellenar una nueva tarjeta. La tarjeta original deberá archivar en la enfermería de la escuela o en la oficina del director o entrenador deportivos. Se debe guardar una copia en el archivo deportivo. Esta tarjeta contiene información médica personal y la escuela y sus empleados, agentes y contratistas deben tratarla como información confidencial.*

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_ **Nombre del profesional sanitario calificado de la escuela:** \_\_\_\_\_



## Documento de información sobre conmociones cerebrales para padres y jugadores de la Asociación Deportiva Interescolar de Delaware

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Pueden ocasionarse por un chichón, un golpe o una sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo cuya fuerza se transmite a la cabeza. Pueden ser de leves a graves y alterar el funcionamiento normal del cerebro. Si bien la mayoría de las conmociones cerebrales son leves, **todas son potencialmente graves y pueden ocasionar complicaciones, como daño cerebral prolongado y la muerte, si no se reconocen y tratan adecuadamente.** En otras palabras, incluso un pequeño golpe o un chichón en la cabeza pueden ser graves. Una conmoción cerebral no se ve y la mayoría de las conmociones deportivas se producen sin la pérdida del conocimiento. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden tardar horas o días en manifestarse por completo. Si su hijo informa cualquier síntoma de conmoción cerebral, o si usted mismo nota síntomas o signos de conmoción cerebral, busque atención médica de inmediato.

### **Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes: Las señales que pueden observar los compañeros de equipo, padres y entrenadores pueden incluir:**

Dolores de cabeza	Presión en la cabeza	Náuseas o vómitos	Parece aturdido	Expresión facial ausente
Dolor en el cuello	Problemas de equilibrio	Mareos	Confusión sobre la tarea	Olvida las jugadas
Visión alterada	Sensibilidad a luz o el ruido	Lentitud	No está seguro del juego o los puntos, etc.	Torpeza
Sensación de confusión	Somnolencia	Alteraciones en el sueño	Responde con lentitud	Cambios en la personalidad
Amnesia	Expresa que no se siente bien	Poca energía	Convulsiones	Cambios en el comportamiento
Tristeza	Nerviosismo	Irritabilidad	Pérdida del conocimiento	Confusión descoordinada
Repetición de preguntas	Problemas para concentrarse	No puede recordar acontecimientos anteriores o posteriores al golpe		

### **¿Qué puede ocurrir si mi hijo sigue jugando con una conmoción cerebral o vuelve a hacerlo pronto?**

Los deportistas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben retirarse del juego inmediatamente. El joven deportista quedará especialmente vulnerable a sufrir lesiones mayores si continúa jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral. Existe un mayor riesgo de sufrir daños importantes por una conmoción cerebral durante un tiempo después de que se produzca, en particular si el deportista tiene otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera (síndrome del segundo impacto). Esto puede requerir una rehabilitación prolongada o incluso ocasionar una inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los deportistas jóvenes o adolescentes a menudo no informan síntomas de lesiones, pero las conmociones cerebrales no son diferentes. Por lo tanto, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para garantizar la seguridad del estudiante deportista.

### **Si cree que su hijo ha tenido una conmoción cerebral**

Se debe retirar del partido o el entrenamiento inmediatamente a cualquier deportista con una posible conmoción cerebral. Ningún deportista puede regresar a la actividad después de una aparente lesión en la cabeza o conmoción cerebral, independientemente de lo leve que parezca o la rapidez con la que desaparezcan los síntomas, sin autorización médica. El deportista debe permanecer en estricta observación durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo si cree que su hijo podría tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un partido que perderse toda la temporada. En caso de duda, el deportista debe sentarse afuera del campo.

**Para obtener información actual y actualizada de los CDC sobre las conmociones cerebrales, visite:**

<http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html>

**Para obtener información actualizada sobre las políticas y procedimientos de la DIAA sobre conmociones cerebrales, visite:**

[https://education.delaware.gov/diaa/health\\_and\\_safety/concussions\\_and\\_sud\\_den\\_cardiac\\_arrest/](https://education.delaware.gov/diaa/health_and_safety/concussions_and_sud_den_cardiac_arrest/)

**Para mirar un video de formación gratuito en línea sobre las conmociones cerebrales, visite:**

<https://nfhslearn.com/courses?searchText=Concussion>

***Todos los padres y jugadores deben firmar la sección de firmas del examen físico previo a la participación para demostrar que han leído y comprendido lo anterior.***

Adaptado de la Asociación Deportiva de Escuelas Secundarias de Kentucky (KHSAA, por sus siglas en inglés), los CDC y la Tercera Conferencia Internacional sobre Conmoción Cerebral en el Deporte, 4/2011



## HOJA DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL PARO CARDÍACO REPENTINO

### ¿Qué es el paro cardíaco repentino?

- Una disfunción eléctrica (cortocircuito) hace que las cavidades inferiores del corazón (ventrículos) latan peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación) e interrumpe la capacidad de bombeo del corazón.
- Ocurre repentinamente y a menudo sin previo aviso.
- Es posible que el corazón no bombee sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte se produce en cuestión de minutos si no se trata.

### ¿Cuáles son las causas de un paro cardíaco repentino?

- Afecciones presentes al nacer (hereditarias y no hereditarias)
- Un golpe en el pecho (*commotio cordis*)
- Una infección/inflamación del corazón, generalmente ocasionada por un virus (miocarditis)
- Consumo de drogas recreativas y para mejorar el rendimiento
- Otras afecciones cardíacas y médicas/causas desconocidas (obesidad/enfermedad idiopática)

### ¿Cuáles son los síntomas/signos de alerta de un paro cardíaco repentino?

- Desmayo/pérdida del conocimiento (especialmente durante el ejercicio)
- Mareos
- Fatiga/debilidad inusual
- Dolor en el pecho
- Falta de aire
- Náuseas/vómitos
- Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o siente latidos irregulares)
- Antecedentes familiares de paro cardíaco repentino antes de los 50 años

**Si manifiesta CUALQUIERA de estos síntomas/signos de alerta, es posible que necesite una evaluación adicional del médico antes de regresar a los entrenamientos o partidos.**

### ¿Cómo se puede detectar un paro cardíaco repentino?

- La Asociación Estadounidense del Corazón recomienda un formulario de antecedentes médicos y un examen físico previo a la participación que incluye 12 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de antecedentes médicos y examen físico previo a la participación de la DIAA incluye los 12 elementos cardíacos importantes y es obligatorio que se lleven a cabo todos los años. Responda atentamente las preguntas de antecedentes cardíacos en la sección de antecedentes médicos del estudiante del examen físico previo a la participación de la DIAA.**
- Todos los deportistas pueden realizarse exámenes adicionales mediante un electrocardiograma o un ecocardiograma, pero no es obligatorio.

### ¿Dónde se puede obtener más información?

- Comuníquese con su médico de atención primaria.
- Asociación Estadounidense del Corazón ([www.heart.org](http://www.heart.org))
- August Heart ([www.augustheart.org](http://www.augustheart.org))
- Fundación *Championship Hearts* ([www.champhearts.org](http://www.champhearts.org))
- Fundación *Cody Stephens* ([www.codystephensfoundation.org/](http://www.codystephensfoundation.org/))
- *Parent Heart Watch* ([www.parentheartwatch.com](http://www.parentheartwatch.com))
- Centro de aprendizaje de la Federación Nacional de Asociaciones Estatales de Escuelas Secundarias (NFHS, por sus siglas en inglés): Video sobre el paro cardíaco repentino ([www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com))

**Todos los padres y jugadores deben firmar la sección de firmas del examen físico previo a la participación para demostrar que han leído y comprendido lo anterior.**