

FORMULARIOS DE EXAMEN FÍSICO Y CONSENTIMIENTO DEPORTIVO DE LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA INTERESCOLAR DE DELAWARE (*DELAWARE INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION, DIAA*)

A partir de la publicación de este paquete, estos formularios **DEBEN** utilizarse al completar los formularios requeridos por la Asociación Atlética Interescolar de Delaware (*Delaware Interscholastic Athletic Association, DIAA*) para la participación deportiva. Cada año, la DIAA utilizará esta carta de presentación para informar a los proveedores sobre cualquier cambio importante y las fechas relevantes.

El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la DIAA recomienda que el proveedor de atención primaria del estudiante-atleta complete los formularios requeridos para garantizar la continuidad de la atención médica. Estos formularios deben completarse **después del 1 de abril de cada año, con base en un examen físico realizado por el médico firmante, dentro de un año a partir de la fecha de la firma.**

Información importante:

La fecha en que se completan los formularios no tiene que ser la misma en que se realizó el examen físico. Consulte lo indicado anteriormente sobre los plazos del examen.

El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la DIAA (*DIAA Sports Medicine Advisory Committee, DSMAC*) ha aprobado actualizaciones al Formulario Médico de Evaluación Física Previa a la Participación (*Preparticipation Physical Examination, PPE*) para el año escolar 2026–2027.

A medida que la DIAA realiza la transición hacia formularios de consentimiento médico electrónicos y su envío digital, el DSMAC ha implementado varios cambios para agilizar el proceso de autorización médica de los estudiantes-atletas que participan en deportes interescolares.

Actualizaciones clave:

- El **Formulario de Historial Médico y el Formulario de Examen Físico recomendados** permanecerán archivados con el proveedor de atención primaria (*Primary Care Practitioner, PCP*) del estudiante-atleta. Estos formularios ya no se enviarán directamente a la DIAA ni a las escuelas miembros.
- En el formulario de historial, todas las preguntas deben responderse con base en el historial médico completo (no solo del último año).
- Los estudiantes-atletas solo deberán presentar la **Tarjeta Médica Escolar del Atleta actualizada**, que ahora incluye una sección destinada a que el PCP proporcione la autorización médica y las recomendaciones de participación.

Para los estudiantes que ingresan por primera vez a la escuela (primer año de escuela intermedia o de secundaria), los profesionales médicos deberán continuar completando la documentación recomendada por el Departamento de Educación, que incluye evaluaciones adicionales y registros de vacunación.

Asociación Atlética Interescolar de Delaware

Formulario de Evaluación Física Previa a la Participación/Consentimiento

El formulario de evaluación física previa a la participación y al consentimiento de la DIAA consta de siete páginas. Las páginas dos, tres y cinco requieren la firma de uno de los padres o tutores, mientras que las páginas seis y siete son materiales de referencia para que el padre/madre/tutor y el estudiante-atleta los conserven. La página cuatro requiere la fecha del examen y la firma del médico; la página cinco, la fecha de autorización para participar y la firma del médico. **El estudiante debe estar autorizado para participar a partir del 1 de abril, con base en un examen físico realizado en los 12 meses previos a la fecha de la firma. La autorización es válida hasta el primer día de práctica de otoño del siguiente año escolar, a menos que se requiera una nueva evaluación.**

Nombre del atleta: _____ Escuela: _____
 Grado: _____ Edad: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Nombre del padre/madre/tutor (En letra de molde): _____

Para los exámenes físicos de estudiantes de 9.º grado o estudiantes que ingresan por primera vez a la escuela, marque aquí para indicar que se adjunta el formulario de vacunación:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR Y DEL ESTUDIANTE

_____ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares que
 (Nombre del atleta) **NO** se marquen a continuación.

NOTA: Si marca algún deporte a continuación, el atleta **NO** estará autorizado para 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)	_____ Voleibol	_____ Lucha libre	_____ Porristas (<i>cheerleading</i>)
_____ Fútbol unificado	_____ Baloncesto unificado	_____ Atletismo unificado	_____ Otro _____	_____ Otro _____

1. Mi consentimiento se extiende a todas las actividades interescolares, ya sea que se realicen dentro o fuera de las instalaciones escolares. He leído y discutido el **Documento de Información sobre Conmociones Cerebrales para Padres/Estudiantes y la Hoja Informativa sobre el Paro Cardíaco Súbito**, y conservaré dichas páginas para mi referencia. También lo he discutido con él/ella y entendemos que pueden ocurrir lesiones físicas, incluyendo parálisis, coma o muerte, *así como la exposición a COVID-19*, como resultado de la participación en deportes interescolares. Renuncio a cualquier reclamación por lesiones, *enfermedades* o daños incurridos por dicho participante durante su participación en las actividades **NO** marcadas anteriormente.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
 Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

2. Para permitir que la DIAA y sus escuelas miembros plenas y asociadas determinen si el estudiante aquí mencionado es elegible para participar en deportes interescolares, por la presente autorizo la divulgación de la totalidad o parte de los registros escolares del estudiante aquí mencionado, a partir del sexto grado, incluyendo, entre otros, registros de nacimiento y edad, el nombre y domicilio de los padres, tutores o cuidadores del estudiante, el domicilio del estudiante, registros de salud, trabajos académicos completados, calificaciones obtenidas y registros de asistencia.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

3. Asimismo, autorizo a la DIAA y a sus escuelas miembros plenas y asociadas a utilizar el nombre, la imagen y la información relacionada con la actividad deportiva del estudiante aquí mencionado en informes de prácticas, partidos de práctica o competencias interescolares, en materiales promocionales de la asociación y en otros materiales y publicaciones relacionados con los deportes interescolares.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

4. Mediante esta firma, autorizo que el/los médico(s) y otros proveedores de atención médica seleccionados por mí o por las escuelas realicen un examen previo a la participación de mi hijo y proporcionen tratamiento para cualquier lesión sufrida mientras participa o entrena en actividades deportivas de su escuela. Asimismo, autorizo a dichos médicos o proveedores de atención médica a compartir la información pertinente sobre mi hijo que sea relevante para su participación con entrenadores, personal médico, la Asociación Atlética Interescolar de Delaware y otros miembros del personal escolar, según se considere necesario. Dicha información podrá utilizarse con fines de vigilancia de lesiones.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

5. **Mediante esta firma, acepto notificar al médico y a la escuela sobre cualquier cambio en la salud durante el año escolar que pueda afectar la participación en deportes interescolares.**

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL *Formulario que debe completarse anualmente antes de su examen físico. El atleta y el padre/madre/tutor deben completar este formulario antes de la consulta. – El formulario permanece en la oficina del proveedor de atención primaria (Primary Care Practitioner, PCP).

Nombre: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales: _____
 ¿Alguna vez ha tenido una cirugía? Si la respuesta es sí, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores: _____
 Enumere todos los medicamentos actuales con receta, medicamentos de venta libre (OTC) y suplementos herbales o nutricionales: _____
 Enumere todas sus alergias (medicamentos, polen, alimentos, insectos que pican, etc.): _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (marque una opción):

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
Poco interés o placer en hacer cosas	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanza	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3

***Salud mental: Una suma de >= 3 en las preguntas 1+2, o 3+4, se considera positiva.

**** Responda Sí si ALGUNA VEZ ha ocurrido.

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con su proveedor de atención médica?		
2. ¿Algún proveedor de atención médica le ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico o alguna enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (USTED)	SÍ	NO
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Alguna vez su corazón le latió muy rápido, le siente palpitaciones en el pecho o presenta latidos irregulares durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?		
8. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado una prueba del corazón? Por ejemplo, un electrocardiograma (EKG) o un ecocardiograma.		
9. ¿Se siente mareado/a o con más dificultad para respirar que sus compañeros durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (SU FAMILIA)	SÍ	NO
11. ¿Algún miembro de su familia o pariente ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
14. Desde la última vez que fue autorizado/a para practicar deportes, ¿ha tenido alguna lesión nueva en un hueso, músculo, ligamento o tendón?		

PREGUNTAS MÉDICAS	SÍ	NO
15. ¿Tose, presenta silbidos al respirar (sibilancias) o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
16. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en hombres), el bazo u otro órgano?		
17. ¿Tiene dolor en la ingle, dolor testicular o una protuberancia dolorosa o hernia en la zona de la ingle?		
18. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (MRSA)?		
19. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
20. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o ha sido incapaz de moverlos después de un golpe o una caída?		
21. ¿Alguna vez se ha enfermado durante el ejercicio en condiciones de calor?		
22. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?		
23. ¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente problemas en los ojos o en la visión?		
24. ¿Se preocupa mucho por su peso?		
25. ¿Está intentando subir o bajar de peso, o alguien le ha recomendado hacerlo?		
26. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
27. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno de la conducta alimentaria?		

SOLO PARA MUJERES	SÍ	NO
28. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
29. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____		
30. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente? _____		
31. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí cualquiera de las preguntas anteriores a las que respondió Sí: _____

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

Firma del atleta: _____ Fecha: _____ Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

***Examen físico recomendado: permanece en la oficina del proveedor de atención primaria (Primary Care Practitioner, PCP).**

RECORDATORIOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

1. Considere realizar preguntas adicionales sobre temas más sensibles:

- * ¿Se siente estresado/a o bajo mucha presión?
- * ¿Se siente seguro/a en su hogar o lugar de residencia?
- * ¿Se siente alguna vez triste, sin esperanza, deprimido/a o ansioso/a?
- * ¿Usa cinturón de seguridad, casco y preservativos?
- * ¿Consuma alcohol o usa alguna otra droga?
- * ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, vapeo o bolsas de nicotina?
- * En los últimos 30 días, ¿ha utilizado cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, tabaco de inmersión, vapeo o bolsas de nicotina?
- * ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- * ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarlo a aumentar o bajar de peso o mejorar su rendimiento?

2. Este formulario debe utilizarse junto con el Formulario de Historial y la Tarjeta Médica. Se recomienda revisar las preguntas 4 a 13 del formulario de historial relacionadas con síntomas cardiovasculares. Considere realizar un electrocardiograma (ECG), un ecocardiograma o una derivación cardíaca con un cardiólogo en caso de antecedentes cardíacos anormales y/o hallazgos anormales en el examen.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Estatura: _____ Peso: _____ BP: _____ / _____ Pulso: _____

EXAMEN		NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
MÉDICO	Apariencia * Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP], insuficiencia aórtica)		
	Ojos/Oídos/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 (HSV), lesiones sugestivas de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilicina (MRSA) o tiña corporal (<i>tinea corporis</i>)		
	Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	Cuello		
	Espalda		
	Hombro y brazo		
	Codo y antebrazo		
	Muñeca, mano y dedos		
	Cadera y muslo		
	Rodilla		
	Pierna y tobillo		
	Pie y dedos del pie		
	Funcional		
	Prueba de sentadilla con ambas piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída desde caja o desde escalón		

Nombre del proveedor de atención médica: _____ Fecha del examen: _____

©2019 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina del Deporte, Sociedad Americana de Medicina del Deporte, Sociedad Americana de Ortopedia para la Medicina del Deporte y Academia Osteopática Americana de Medicina del Deporte. Se concede permiso para reproducir este material con fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue el reconocimiento correspondiente.

TARJETA MÉDICA ESCOLAR DEL ATLETA

(Padre/madre/tutor: Por favor, complete las secciones 1 y 2. Escriba en letra de molde). ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO A SU ESCUELA.

Sección 1 del padre/madre/tutor: Información de contacto/personal

Nombre del estudiante: _____ Deporte(s): _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Nombre(s) del padre/madre/tutor: _____
Dirección: _____
Teléfono: (H) _____ (C) _____ (W) _____

Otras personas autorizadas para contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono(s): _____
Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Médico de preferencia (y autorización para contactarlo si es necesario):

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Hospital de preferencia: _____
Seguro: _____ N.º de póliza: _____ Grupo: _____ Teléfono: _____

Sección 2 del padre/madre/tutor: Información médica

Antecedentes médicos: _____ Aparatos ortopédicos/Férulas: _____

Medicamentos: _____

(Cualquier medicamento que deba tomarse durante la competencia requiere una nota médica.)

Alergias: _____

Última vacuna contra el tétanos (mes/año): _____ Trastorno relacionados con el calor o rasgo de células falciformes: _____

Lesión previa en la cabeza/cuello/espalda: _____

Lesiones significativas previas: _____

Cualquier otra información médica importante: _____

****** Por favor proporcione los planes de acción actualizados para asma, alergias, diabetes y/o convulsiones, según corresponda**

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del atleta: _____ Fecha: _____

Sección 3 del médico: Autorización anual para participación

_____ AUTORIZADO SIN RESTRICCIONES FECHA DEL EXAMEN: _____ FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____

_____ NO AUTORIZADO

_____ AUTORIZADO CON LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES: _____

Comentarios: _____

*****ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (MD/DO, NP, PA).**

Firma del proveedor de atención médica (MD/DO, NP, PA): _____

Nombre del proveedor de atención médica (MD/DO, NP, PA) (en letra de molde): _____

Teléfono: _____

Dirección: _____



Asociación Atlética Interescolar de Delaware

Formulario de información sobre conmoción cerebral para padres/jugadores

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral traumática causada por un golpe fuerte en la cabeza, el cuello o el cuerpo, que produce una fuerza transmitida a la cabeza o al cerebro. La lesión ocurre a nivel celular, lo que da lugar a los signos y síntomas observados en una conmoción cerebral. Debido a que la lesión ocurre a nivel celular, los estudios de imagen, incluidos las resonancias magnéticas (MRI) y las tomografías computarizadas (CT), no detectarán una conmoción cerebral. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral suelen aparecer inmediatamente después de la lesión, pero también pueden presentarse horas o días después. La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin pérdida del conocimiento. Si existe alguna preocupación de que su hijo pueda sufrir una conmoción cerebral, no le permita participar en ningún deporte y busque atención médica de inmediato.

El atleta puede experimentar uno o más de los siguientes síntomas:

Dolor de cabeza	Presión en la cabeza	Dolor de cuello	Náuseas o vómitos	Mareo	Visión borrosa	Problemas de equilibrio
Sensibilidad a la luz o al ruido	Sensación de lentitud	Sensación de mente nublada	"No se siente bien"	Dificultad para concentrarse	Dificultad para recordar	Fatiga o baja energía
Confusión	Somnolencia	Más emocional	Irritabilidad	Tristeza	Nerviosismo o ansiedad	Cambios en el sueño

Padres, compañeros de equipo o entrenadores pueden observar uno o más de los siguientes signos:

No puede recordar eventos antes o después de un golpe o una caída	Se muestra aturdido o desorientado	Olvida instrucciones, asignaciones o su posición	Olvida el juego, el marcador o al oponente
Responde a las preguntas lentamente	Pérdida del conocimiento (puede ser breve)	Cambios en el estado de ánimo, comportamiento o personalidad	Se mueve con torpeza o pierde el equilibrio

¿Qué puede ocurrir si mi hijo continúa jugando con una conmoción cerebral o regresa a jugar demasiado pronto? ¿Qué debo hacer si creo que mi hijo ha sufrido una conmoción cerebral?

Los atletas que presentan signos y síntomas que sugieren una conmoción cerebral deben ser retirados del juego de inmediato y evaluados por un proveedor de atención médica calificado. Un atleta tiene un mayor riesgo de presentar síntomas más graves de conmoción cerebral y de una recuperación prolongada si sufre otra lesión en la cabeza antes de recuperarse de la conmoción inicial. Un atleta que juega con una conmoción cerebral también tiene mayor riesgo de sufrir lesiones musculoesqueléticas debido a un tiempo de reacción más lento y problemas de equilibrio. Los atletas pueden no reportar todos los síntomas de una conmoción cerebral, por lo que es importante que los observadores estén atentos durante los eventos deportivos. Como resultado, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para la seguridad del estudiante-atleta. Las conmociones cerebrales repetitivas pueden aumentar el riesgo de encefalopatía traumática crónica y de síndrome de encefalopatía traumática, pero se necesita más investigación para establecer una asociación clara. Si no está seguro/a de si su hijo tiene una conmoción cerebral, manténgalo/a fuera de los deportes hasta que sea evaluado/a por un proveedor de atención médica calificado.

Para obtener información actualizada de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) sobre conmociones cerebrales, visite:

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

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

<https://education.delaware.gov/diaa/health-and-safety/>

Para acceder a un video gratuito en línea sobre conmociones cerebrales, visite:

<https://nfhslearn.com/courses/concussion-in-sports-2>

Todos los padres y jugadores deben firmar la sección de firma del formulario PPE de la DIAA indicando que han leído y comprendido lo anterior.

Adaptado de los CDC y de la 6.ª Conferencia Internacional sobre Conmoción Cerebral en el Deporte, 03/2024



HOJA INFORMATIVA SOBRE PARO CARDÍACO SÚBITO

¿Qué es el paro cardíaco súbito?

- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) provoca que las cavidades inferiores del corazón (ventrículos) latan peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación) y altera la capacidad de bombeo del corazón.
- Ocurre de manera repentina y, a menudo, sin previo aviso.
- El corazón no puede bombear sangre al cerebro, a los pulmones y a otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte ocurre en cuestión de minutos si no se trata.

¿Qué causa el paro cardíaco súbito?

- Condiciones presentes desde el nacimiento (anomalías cardíacas hereditarias y no hereditarias)
- Un golpe en el pecho (*Commotio Cordis*)
- Una infección o inflamación del corazón, generalmente causada por un virus (*miocarditis*)
- Uso de drogas recreativas o sustancias para mejorar el rendimiento
- Otras condiciones cardíacas y médicas o causas desconocidas (obesidad/idiopático)

¿Cuáles son los síntomas/señales de advertencia del paro cardíaco súbito?

- Desmayos/pérdida del conocimiento (especialmente durante el ejercicio)
 - Mareo
 - Fatiga o debilidad inusual
 - Dolor en el pecho
 - Dificultad para respirar
 - Náuseas o vómitos
 - Palpitaciones (el corazón late muy rápido o de forma irregular)
 - Antecedentes familiares de paro cardíaco súbito antes de los 50 años
- CUALQUIERA de estos síntomas o señales de advertencia puede requerir una evaluación adicional por parte de su médico antes de regresar a la práctica o a jugar.**

¿Cómo se puede detectar el paro cardíaco súbito?

- La Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*) recomienda un historial médico y examen físico previos a la participación que incluyan 12 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de *Historial Médico de Evaluación Física Previa a la Participación* de la DIAA incluye TODOS estos 12 elementos cardíacos importantes y es obligatorio cada año. Responda cuidadosamente las preguntas sobre antecedentes cardíacos en la sección de historial de salud del estudiante del formulario PPE de la DIAA.**
- Exámenes adicionales, como el electrocardiograma y/o el ecocardiograma, están disponibles para todos los atletas, pero no son obligatorios.

¿Dónde se puede encontrar información adicional?

- Comuníquese con su proveedor de atención primaria
- Asociación Americana del Corazón (www.heart.org)
- August Heart (www.augustheart.org)
- Championship Hearts Foundation (www.champhearts.org)
- Cody Stephens Foundation (www.codystephensfoundation.org/)
- Parent Heart Watch (www.parentheartwatch.com)
- NFHS Learn Center - Video sobre paro cardíaco súbito (www.nfhslearn.com)

Todos los padres y jugadores deben firmar la sección de firma del formulario PPE indicando que han leído y comprendido lo anterior.