

## SECCIÓN 7: RECERTIFICACIÓN POR EL PADRE/TUTOR

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del (los) deporte(s) en la temporada de deporte(s) identificados en la presente por el padre/tutor de cualquier estudiante quien quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar. El Director, o su designado, de la escuela del estudiante nombrado en la presente debe revisar el HISTORIAL DE SALUD SUPLEMENTAL

Si algunas preguntas de HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL son marcadas o encerradas como sí, el estudiante nombrado en la presente debe requerir que el estudiante complete la sección 8, recertificación por un médico certificado de medicina o medicina osteopatía, al director, o su designado, de la escuela del estudiante.

### HISTORIAL MEDICO ADICIONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad del estudiante en su último cumpleaños: \_\_\_ Grado para el año escolar actual: \_\_\_

Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION PERSONAL** (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información personal establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia

Dirección residencial actual \_\_\_\_\_

Número telefónico privado actual ( ) \_\_\_\_\_ Núm. de celular actual del padre/tutor ( ) \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION DE EMERGENCIA** (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información de emergencia establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_, MD o DO (seleccione uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL:

Explique las respuestas "SI" en la parte inferior de este formulario. Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

- |  | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido una enfermedad y/o lesión que requiera atención médica de un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha tenido algunos episodios de falta de respiración, falta de respiración inexplicables, silvancias y/o dolor de pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desde la culminación de CIPPE ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, tímbr, mareos) o lesión cerebral traumática?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Desde la culminación del CIPPE, esta tomando algunos medicamentos o pastillas prescritas NUEVOS?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha usted tendido episodios de mareo, perdido el conocimiento y/o quedado inconciente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#s	Explique aquí las respuestas "Sí":

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Sección 8: Recertificación por un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía

Este formulario debe ser completada por cualquier estudiante quien, después de completar las secciones del 1 al 6 de este formulario CIPPE, requiere tratamiento médico de un médico certificado en medicina o medicina de osteopatía. La sección 8 debe ser completada en cualquier momento después de completar tal tratamiento médico. Al terminar, el formulario debe ser entregado al Director, o el asignado por el director, de la escuela del estudiante, quien, en cumplimiento al ARTÍCULO X, ADMINISTRACION Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y deberes del director, subsección C, de la Constitución PIAA, debe "excluir cualquier concursante quien sufrido una enfermedad o lesión seria hasta que el concursante sea declarado físicamente saludable por el médico en medicina certificado o medicina de osteopatía de la escuela o si ninguno es empleado, por otro medico certificado de medicina o medicina de osteopatía.

**NOTA:** El médico completando este formulario primero debe revisar las secciones 5 y 6 del estudiante aquí nombrado previamente completado el formulario CIPPE. La sección 7 también debe ser revisada si ambas 1) este formulario es usado por el estudiante aquí nombrado para participar en prácticas, practicas interescolares, prácticas, y/o competencias en la siguientes temporada de deportes en el mismo año escolar Y 2) el estudiante aquí nombrado ya sea que marcó si o encerró cualesquier preguntas de historial de salud suplementario en la sección 7.

Si el médico que completa este formulario está aprobando al estudiante nombrado en la presente subsiguiente a que el estudiante sostuvo una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática, ese médico debe estar suficientemente familiarizado con el control de la conmoción cerebral actual al grado que este puede certificar que todos los aspectos de evaluación, tratamiento y riesgo de la lesión han sido cubiertos completamente por ese médico.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Inscrito en \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Condición (es) tratadas desde la conclusión del formulario CIPPE del estudiante nombrado en la presente: \_\_\_\_\_

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

**A. AUTORIZACIÓN GENERAL:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional sin restricciones, excepto aquellas, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante.

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) Fecha \_\_\_\_\_

**B. AUTORIZACIÓN LIMITADA:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional además de las restricciones, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) Fecha \_\_\_\_\_

**El distrito escolar de Solanco**  
**Interscholastic Athletic Participation and Student Parking Contract**

El distrito escolar de Solanco da a los estudiantes la oportunidad de participar en deportes atléticos y usar la propiedad del distrito para estacionar sus carros. Participar en estas actividades es un privilegio, no es un derecho y viene con más responsabilidades. Lo siguiente aplica a todos los estudiantes que participan en actividades escolares o solicitan un permiso para estacionar su carro en la escuela.

Yo, \_\_\_\_\_, no usaré, no tendré y no daré alcohol o drogas, no abusaré de recetas médicas y no tendré parafernalia de drogas en ni afuera de la propiedad escolar.

Cumpliré con la política del distrito escolar según los requisitos del gobierno federal y la política de pruebas para detectar el uso de drogas.

He leído la política 227.2 Drug Testing for Students Participating in Interscholastic Athletics and Student Drivers.” La política está en la página web del distrito escolar *www.solanco.org* y hay copias de la política en cada oficina de cada escuela en el distrito escolar. Entiendo mi responsabilidad de cumplir con las políticas y las consecuencias si no cumplo con la política.

Soy el padre/tutor de (nombre de estudiante) \_\_\_\_\_, y autorizo que mi hijo/a participe en equipos de deportes y actividades ofrecidos por el distrito escolar durante el año escolar de 20\_\_/20\_\_ He leído la política 227.2, “Drug Testing for Students in Interscholastic Athletics and Student Drivers” y entiendo que mi hijo/a tiene que cumplir con los requisitos de esta política y las consecuencias si no cumple con la política.

**Método para las pruebas:** El distrito escolar acepta pruebas de orina o pelo para detectar el uso de drogas. Los estudiantes y los padres tienen que decidir cuál opción prefieren para la prueba y esta decisión será su preferencia por un año.

**Los estudiantes tienen que esperar para el año que viene para cambiar su preferencia sobre el método para hacerse la prueba para detectar el uso de drogas. No se puede cambiar su preferencia este año después de decidir.**

**Por favor lea el otro lado de esta hoja sobre las opciones para las pruebas para detectar las drogas antes de decidir.**

**Método para la prueba de droga, ponga un círculo alrededor de su preferencia: Pelo/Hair  Orina/ Urine**

**CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DORGAS:** Soy el padre /tutor de (nombre de estudiante) \_\_\_\_\_ y yo autorizo al distrito escolar de Solanco y su laboratorio designado que hagan la prueba obligatoria para detectar el uso de drogas a mi hijo/a al alzar según la política 227.2. Mi firma autoriza que la información obtenida de esta prueba esté compartida con las personas nombradas en la política 227.2 según la política de Family Educational Rights and Privacy Act, Pruebas al alzar obligatorias serán realizadas sin avisar a los padre/tutores y a los estudiantes.

\_\_\_\_\_  
Firma de estudiante

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
fecha

Abajo hay un resumen de las opciones para las pruebas para detectar el uso de drogas

**Muestra de orina:** No hay cambios al procedimiento para la opción de la muestra de orina. Si un estudiante es escogido al alzar para participar en la prueba, un empleado certificado lo va a acompañar a la oficina de la enfermera. El estudiante estará solo en un cuarto para poder proveer la muestra de orina. Después de proveer la muestra de orina, hay que validar la temperatura de la muestra según las regulaciones y cerrar la muestra apropiadamente. El estudiante tiene que firmar un documento indicando que la muestra es de su orina.

**Muestra de pelo:** Hay un procedimiento nuevo para coleccionar la muestra de pelo. Si un estudiante es escogido al alzar para participar en la prueba, un empleado certificado lo va a acompañar a la oficina de la enfermera para obtener la muestra de pelo. El empleado autorizado cortará aproximadamente 100 pelos de la cabeza del estudiante para la muestra. El empleado pondrá el pelo directamente en un contenedor apropiado para la muestra de pelo y el estudiante tiene que firmar para indicar que la muestra es su pelo.

Hay diferencias entre las pruebas de orina y la prueba de pelo para detectar el uso de drogas. Las drogas ilegales pueden estar detectadas por un período de más tiempo en la muestra de pelo mientras que las pruebas de orina pueden detectar más fácilmente el uso recién de drogas ilegales. Deben considerar esta información y los temas asociados con su privacidad con la entrega de una muestra de orina o pelo antes de escoger una opción para la prueba de detectar drogas.

Para: LOS PADRES/TUTORES DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANDO EN DEPORTES ESCOLARES

De: EL DISTRITO ESCOLAR DE SOLANO

Tema: REQUISITO DE SEGURO PARA LOS ESTUDIANTES QUE JUEGAN DEPORTES PARA SOLANCO

Un padre/ tutor tiene que firmar este formulario para que su hijo/a pueda participar en los deportes y las actividades ofrecidos por el distrito escolar de Solanco. Un padre/tutor del/la estudiante tiene que firmar abajo indicando que acepta esta política:

Nuestro hijo/a está cubierto por nuestro plan de seguro médico para la familia, el plan de seguro médico CHIP (un plan ofrecido por el estado de Pennsylvania a todos los niños) o un plan de seguro médico de Medicaid para cubrir cualquier accidente que pueda suceder mientras que esté jugando deportes para el distrito escolar de Solanco. Reconocemos que el distrito escolar de Solanco no es responsable por cualquier costo que venga debido de un accidente o herida.

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

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de estudiante: \_\_\_\_\_

Deporte: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_