

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO Y FÍSICO DEPORTIVO

Asociación Atlética Interescolar de Delaware

(DIAA, por sus siglas en inglés)

Una vez que se publique este paquete, se **DEBEN** utilizar estos formularios para completar los formularios DIAA que se requieren para la participación deportiva. Cada año, la DIAA utiliza esta carta de presentación para mantener actualizados a los proveedores sobre cambios y fechas importantes.

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

Información importante:

- Consulte la información sobre COVID del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y del 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 en función del historial médico completo (no sólo en el último año).
- **La fecha en que se completan los formularios no tiene que ser el mismo día en que se realizó el examen físico. Véase más arriba el calendario físico.**

Asociación Atlética Interescolar de Delaware
Formulario de consentimiento/evaluación física previa a la participación

El formulario de evaluación física y consentimiento 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 requiere la fecha de autorización para participar y la firma del profesional sanitario cualificado (Personal de enfermería titulado/Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química o ATC, por sus siglas en inglés). **El estudiante debe estar habilitado para participar a partir del 1 de abril sobre en función de un examen físico realizado en los 12 meses siguientes a la firma. La autorización es válida hasta el 30 de junio del curso escolar siguiente, a menos que sea necesario un nuevo examen.**

Nombre del deportista: _____ Escuela: _____
Grado: _____ Edad: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
Nombre del padre/madre/tutor: (Escriba en letra imprenta): _____

Para los exámenes físicos de los estudiantes de 9º grado o nuevos en la escuela, marque aquí indicando el formulario de vacunación adjunto:

PADRE/MADRE/TUTOR/ESTUDIANTE DA SU CONSENTIMIENTO

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

NOTA: si marca cualquier deporte a continuación, **NO** se permitirá que el deportista participe en ese deporte.

___ Béisbol	___ Baloncesto (M)(V)	___ Campo traviesa (M)(V)	___ Hockey sobre césped	___ Fútbol americano
___ Golf	___ Lacrosse (M)(V)	___ Fútbol (M)(V)	___ Sófbol	___ Natación (M)(V)
___ Tenis (M) (V)	___ Atletismo (M) (V)	___ Voleibol	___ Lucha libre	___ Animación
___ Fútbol unificado	___ Baloncesto unificado	___ Atletismo unificado	___ Otro _____	___ Otro _____

1. Mi permiso se extiende a todas las actividades interescolares realizadas dentro o fuera del recinto escolar. He leído y discutido el **Documento de Información de Conmoción Cerebral para Padres/Jugadores; la Hoja de Concientización de Paro Cardíaco Repentino** y guardaré esas páginas para mi referencia. También he discutido con él/ella y entendemos que las lesiones físicas, incluyendo parálisis, coma o muerte y *exposición a COVID-19* pueden ocurrir como resultado de la participación en el deporte interescolar. Renuncio a cualquier reclamo por lesiones, *enfermedades* o daños incurridos por dicho participante durante su participación en las actividades NO marcadas arriba.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

2. Para permitir que la DIAA y sus escuelas afiliadas y asociadas determinen si el estudiante aquí nombrado es elegible para participar en un deporte interescolar, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de todas y cada una de las partes de los archivos de registros escolares, comenzando con el sexto grado, del estudiante aquí nombrado, incluyendo pero no limitado a, registros de nacimiento y edad, nombre y residencia de los padres, tutor(es) o cuidador familiar del estudiante, residencia del estudiante, registros de salud, trabajo académico completado, calificaciones recibidas y registros de asistencia.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

3. Además, doy mi consentimiento para que la DIAA y sus escuelas afiliadas y asociadas utilicen el nombre, la imagen y la información relacionada con el deporte del estudiante mencionado en este documento en informes de prácticas interescolares, entrenamientos o concursos, literatura promocional de la asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el deporte interescolar.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

4. Con esta firma, doy mi consentimiento para que el/los médico(s) y otro(s) proveedor(es) de atención médica seleccionado(s) por mí o por las escuelas realicen un examen previo a la participación de mi hijo/a y le proporcionen tratamiento por cualquier lesión recibida durante su participación o entrenamiento deportivo en su escuela. Además, doy mi consentimiento para que dicho(s) médico(s) o proveedor(es) de atención médica comparta(n) la información adecuada relativa a mi hijo que sea relevante para la participación con los entrenadores, el personal médico, la Asociación Atlética Interescolar de Delaware y otro personal de la escuela según se considere necesario. Dicha información podrá utilizarse con el fin de supervisar lesiones.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

5. **Con esta firma, me comprometo a notificar al médico y a la escuela cualquier cambio de salud durante el año escolar que pudiera afectar la participación en el deporte interescolar.**

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES

*Formulario que se rellena anualmente junto con la tarjeta de consentimiento y la tarjeta médica. El deportista y sus padres deben rellener el formulario antes de la visita.

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

Enumere las enfermedades actuales y anteriores:	¿Se ha operado alguna vez? En caso afirmativo, indique todas las intervenciones quirúrgicas anteriores:			
Enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales):	Enumere todas sus alergias (medicamentos, pólenes, alimentos, picaduras de insectos, etc.):			
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sensación de nerviosismo, ansiedad o estar en crisis	_____0	_____1	_____2	_____3
No poder detener o controlar la preocupación	_____0	_____1	_____2	_____3
Poco interés o placer en hacer cosas	_____0	_____1	_____2	_____3
Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado	_____0	_____1	_____2	_____3
Salud mental: La suma >= 3 para las preguntas 1+2, o 3+4, se considera positiva				

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Tiene alguna duda que le gustaría comentar con su proveedor?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido la práctica de algún deporte por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA:	Sí	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después de hacer ejercicio?		
5. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o siente latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Le ha dicho algún médico que tiene problemas de corazón?		
8. ¿Le ha pedido alguna vez un médico que se haga una prueba del corazón? Por ejemplo, ¿electrocardiograma o ecocardiograma?		
9. ¿Se mareo o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?		
10. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	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 de auto inexplicable)?		
12. ¿Algún miembro de su familia padece algún problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
13. ¿Alguien de 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 lo autorizaron a hacer deporte, ¿ha tenido una nueva lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
15. ¿Le han diagnosticado COVID-19?		
16. ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto doloroso o una hernia en la ingle?		
19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, como herpes o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)?		

	Sí	No
20. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o un traumatismo craneal que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Se ha enfermado alguna vez haciendo ejercicio con calor?		
23. ¿Usted o alguien de su familia padece el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Ha tenido o tiene problemas de vista?		
25. ¿Le preocupa mucho su peso?		
26. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado ganar o perder peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita determinados tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno alimentario?		
SÓLO MUJERES		
29. ¿Ya ha tenido alguna vez la menstruación?		
30. ¿Qué edad 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 aquí las respuestas afirmativas:

PROFESIONAL SANITARIO CUALIFICADO DE LA ESCUELA (QHP, por sus siglas en inglés): (Personal de enfermería titulado/Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química o ATC)
 Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "sí", o "3+" en el caso de las preguntas sobre salud mental, desde la última vez que el deportista recibió el visto bueno para la participación deportiva, se requiere una derivación y un visto bueno del médico de atención primaria del deportista.

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/madre/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 se siente triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
- ¿Ha probado alguna vez cigarrillos, tabaco de mascar, rapé o tabaco de inmersión?
- Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o tabaco de inmersión?
- ¿Consume alcohol u otras drogas?
- ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabolizantes o algún otro suplemento para mejorar su rendimiento?
- ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Lleva cinturón de seguridad, casco y utiliza preservativos?

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

EXAMEN		
Altura _____	Peso _____	
PA _____ / _____ (_____/_____)	Pulso _____	Visión R 20/_____, L 20/_____, Corregido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar en arco, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral MVP, insuficiencia aórtica).		
Ojos/orejas/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieran la presencia de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (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		
Pies y dedos		
Funcional • Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de bajar o subir al cajón.		

*Considere un electrocardiograma, ecocardiograma, ecocardiografía, derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en la exploración, o una combinación de estos.

PROFESIONAL SANITARIO (médico/médico osteópata, practicante de enfermería, médico asistente): ESTE FORMULARIO [pg4] DEBE UTILIZARSE JUNTO CON EL FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO [pg3].

Y LA TARJETA MÉDICA [pg5]. ESTE FORMULARIO [pg. 4] DEBE ESTAR FIRMADO POR UN PROFESIONAL SANITARIO (médico/médico osteópata, practicante de enfermería, médico asistente).

Comentarios: _____

No autorizado _____ Autorizado sin restricciones _____ Autorizado con las siguientes restricciones: _____

Nombre del profesional sanitario (médico/médico osteópata, practicante de enfermería, médico asistente) en letra de imprenta o escrito a máquina: _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional sanitario (médico/médico osteópata, practicante de enfermería, médico asistente): _____ Fecha de autorización: _____

©2019 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana 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 imprenta).

Sección 1: Contacto / Información personal

Nombre: _____ Deporte(s): _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: (de la casa) _____ (del trabajo): _____ (celular): _____ (personal) _____

Otra persona autorizada a contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Preferencia del médico (y permiso para contactar si es necesario): _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Cobertura: _____

No. de póliza: _____ Grupo: _____ Teléfono: _____

Sección 2: Información médica

Enfermedades médicas: _____

Último tétano (mes/año): _____ Alergias: _____ Aparatos ortopédicos/placas: _____

Medicaciones: _____

(Cualquier medicación que deba tomarse durante la competición requiere una nota del médico).

Lesión previa en la cabeza/cuello/espalda: _____

Trastorno causado por el calor, o rasgo drepanocítico: _____

Lesiones importantes previas: _____

Cualquier otra información médica importante: _____

Sección 3: Consentimiento para la preparación física, el entrenamiento y los procedimientos de atención sanitaria

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el programa de acondicionamiento y entrenamiento deportivo de la escuela y reciba cualquier tratamiento sanitario necesario, incluidos primeros auxilios, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, que puedan proporcionar los médicos tratantes, personal de enfermería, entrenadores atléticos u otros profesionales sanitarios empleados directamente o mediante contrato por la escuela, o la escuela del equipo contrario. Los profesionales de la salud tienen mi permiso para compartir la información médica de mi hijo/a a otros profesionales de la salud y funcionarios de la escuela. En caso de que no se me pueda localizar en caso de emergencia, doy permiso para que mi hijo/a sea transportado para recibir el tratamiento necesario. Entiendo que Asociación Atlética Interescolar de Delaware o sus asociados pueden solicitar información sobre el estado de salud del deportista, y por la presente doy mi permiso para que se comparta esta información siempre y cuando la información no identifique personalmente a mi hijo/a.

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

Firma del deportista: _____ Fecha: _____

Sección 4: Verificación de la autorización para participar

Comentarios: _____

Firma del Profesional Sanitario Cualificado (QHP, por sus siglas en inglés) tras revisar la Evaluación física de participación (PPE, por sus siglas en inglés): _____
(Personal de enfermería titulado/Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química o ATC)PPE

Fecha: _____

Para uso exclusivo de las oficinas de la escuela: Esta tarjeta es válida a partir del 1 de abril de 20__ hasta el 30 de junio de 20__

Nota: Si se produce algún cambio, el/la padre/madre/tutor deberá completar una nueva tarjeta. La tarjeta original deberá conservarse en el archivo de enfermería escolar, la oficina del director deportivo o del entrenador deportivo. Deberá guardarse una copia en el equipo deportivo. Esta tarjeta contiene información médica personal y debe ser tratada como confidencial por la escuela, sus empleados, agentes y contratistas.

Nombre de la escuela: _____ Nombre del profesional sanitario cualificado de la escuela: _____



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

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Están causadas por un chichón, golpe o sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo cuya fuerza se transmite a la cabeza. Pueden ir de leves a graves y alterar el funcionamiento normal del cerebro. Aunque la mayoría de las conmociones cerebrales son leves, **todas son potencialmente graves y pueden dar lugar a complicaciones, incluido el daño cerebral prolongado y la muerte, si no se reconocen y tratan adecuadamente.** En otras palabras, incluso un "golpe" o un chichón en la cabeza puede ser grave. Una conmoción cerebral no se ve y la mayoría de las conmociones cerebrales deportivas se producen sin pérdida de consciencia. 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/a le informa de algún 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:

Dolores de cabeza	Presión en la cabeza	Náuseas o vómitos
Dolor en el cuello	Problemas de equilibrio	Mareos
Visión alterada	Sensibilidad a la luz/ruido	Lentitud
Sensación de confusión	Somnolencia	Alteraciones del sueño
Amnesia	"No me siento bien"	Poca energía
Tristeza	Nerviosismo	Irritabilidad
Confusión	Repetición de preguntas	Problemas de concentración

Señales que observaron los compañeros de equipo, padres y entrenadores pueden incluir:

Parece aturdido	Expresión facial ausente
Confusión sobre la tarea	Se olvida del juego
No está seguro del juego/puntuación, etc.	Torpeza
Responde con lentitud	Cambios en la personalidad
Convulsiones	Cambios en el comportamiento
Pérdida de conocimiento	Confusión descoordinada
No puede recordar acontecimientos anteriores o posteriores al trauma	

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

Los deportistas con signos y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados inmediatamente del juego. Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al joven deportista especialmente vulnerable a lesiones mayores. Existe un mayor riesgo de sufrir daños importantes por una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produzca dicha conmoción, especialmente si el deportista sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera (síndrome del segundo impacto). Esto puede llevar a una recuperación prolongada, o incluso a una inflamación cerebral grave con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los deportistas jóvenes o adolescentes a menudo no reportan síntomas de lesiones, y las conmociones cerebrales no son diferentes. Por esa razón, la educación de administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para la seguridad del estudiante deportista.

Si cree que su hijo/a ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier deportista del que se sospeche que ha sufrido una conmoción cerebral debe ser retirado inmediatamente del partido o del entrenamiento. Ningún deportista puede volver a la actividad después de una aparente lesión en la cabeza o conmoción cerebral, independientemente de lo leve que parezca o de la rapidez con que desaparezcan los síntomas, sin autorización médica. El deportista debe permanecer en observación durante varias horas. También debe informar al entrenador de su hijo/a si cree que puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un partido que perderse toda la temporada. Y en caso de tener alguna duda, el deportista debe sentarse.

Para obtener información actual y actualizada del CDC sobre las conmociones cerebrales, puede ir a:

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

Para una actualización de 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/

Para ver un vídeo gratuito de formación en línea sobre las conmociones cerebrales, visite:

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

Todos los padres y jugadores deben firmar la parte de la firma de la PPE indicando que han leído y entendido lo anterior.

Adaptado de la Asociación Atlética de Escuelas Secundarias de Kentucky (KHSAA, por sus siglas en inglés), el CDC y la 3ª Conferencia Internacional sobre Conmoción Cerebral en el Deporte, 4/2011



HOJA DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL PARO CARDÍACO REPENTINO

¿Qué es un paro cardíaco repentino?

- Una avería 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.
- Esto ocurre repentinamente y a menudo sin previo aviso.
- El corazón no puede bombear 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 (anomalías cardíacas hereditarias y no hereditarias)
- Un golpe en el pecho (Commotio Cordis)
- Infección/inflamación del corazón, generalmente causada por un virus. (Miocarditis)
- Consumo de drogas recreativas/para mejorar el rendimiento.
- Otras afecciones cardíacas y médicas/causas desconocidas. (Obesidad/Idiopatia)

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

- Desmayos (especialmente durante el ejercicio)
 - Mareos
 - Fatiga/debilidad inusual
 - Dolor en el pecho
 - Falta de aliento
 - Náuseas/vómitos
 - Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o se salta latidos).
 - Antecedentes familiares de paro cardíaco repentino a una edad < 50
- CUALQUIERA de estos síntomas/signos de advertencia puede requerir una evaluación adicional por parte del médico antes de volver a los entrenamientos o a un partido.**

¿Cómo se puede detectar un paro cardíaco repentino?

- La Asociación Estadounidense del Corazón (*American Heart Association*) recomienda un historial y un examen físico previos a la participación que incluyan 12 elementos cardíacos importantes.
- **El formulario de la DIAA de *Pre-Evaluación Física de Participación: Historial Médico* incluye TODOS (los 12) estos importantes elementos cardíacos y es obligatorio anualmente. Responda con atención las preguntas sobre el historial cardíaco en la sección del historial médico del estudiante de la evaluación física de participación de la DIAA.**
- Todos los deportistas pueden someterse a pruebas de detección adicionales mediante un electrocardiograma o ecocardiograma, pero no son obligatorias.

¿Dónde se puede obtener más información?

- Póngase en contacto con el médico de cabecera
- Asociación Estadounidense del Corazón (www.heart.org)
- August Heart (www.augustheart.org)
- Fundación Championship Hearts (www.champhearts.org)
- Fundación Cody Stephens (www.codystephensfoundation.org/)
- Parent Heart Watch (www.parentheartwatch.com)
- NFHS Learn Center: Vídeo sobre el paro cardíaco repentino (www.nfhslearn.com)

Todos los padres y jugadores deben firmar la parte de la firma de la PPE indicando que han leído y entendido lo anterior.