

(El padre, madre o tutor/a debe llenar este formulario con ayuda del/de la estudiante/atleta)

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____
Género asignado al nacer: _____
Curso: _____
Centro académico: _____
Deporte(s): _____
Médico/a: _____
Hospital de preferencia: _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____
Vínculo: _____
Teléfono (casa): _____
Teléfono (trabajo): _____
Teléfono (móvil): _____

Nombre: _____
Vínculo: _____
Teléfono (casa): _____
Teléfono (trabajo): _____
Teléfono (móvil): _____

Explica las respuestas afirmativas en el recuadro que aparece en la página siguiente. Rodea las preguntas cuyas respuestas desconozcas.

- |  | S                        | N                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Alguna vez te ha impedido o restringido un/a doctor/a hacer deporte por algún motivo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Enumera cualquier problema médico que hayas padecido o padeczas actualmente:<br>_____   |                          |                          |
| 3. ¿Estás tomando alguna medicina o suplemento, con o sin receta (de venta libre)?<br>(Especificar): _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Tienes alergia a algún medicamento, alimento, insecto o al polen?<br>(Especificar): _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Se acelera o ralentiza tu ritmo cardíaco durante el ejercicio físico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Alguna vez te ha dicho un/a doctor/a que padeces...? (Marca todas las que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   |                          |                          |
| 7) ¿Alguna vez te has sometido a cirugía? (Especificar): _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) ¿Alguna vez has sufrido una lesión (esguince, rotura de ligamento/desgarro muscular, tendinitis, etc.) que te impidiera participar en un entrenamiento o partido? (En caso afirmativo, indica el área afectada en la pregunta n.º 10):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) ¿Alguna vez te has roto/fracturado un hueso o dislocado una articulación?<br>(En caso afirmativo, indica el área afectada en la pregunta n.º 10):   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) ¿Alguna vez has sufrido una lesión en un hueso o articulación que requiriera rayos X, IRM, TC, cirugía, inyección, rehabilitación, soporte, yeso o muletas? (En caso afirmativo, indicar la zona afectada a continuación):   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Parte superior del brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Antebrazo<br><input type="checkbox"/> Mano/dedos <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Parte superior de la espalda <input type="checkbox"/> Parte inferior de la espalda <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Muslo<br><input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Gemelo/Espinilla <input type="checkbox"/> Gemelo/Espinilla <input type="checkbox"/> Pie/Dedos del pie |                          |                          |

	<b>S</b>	<b>N</b>
11) ¿Has sufrido alguna vez una fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ¿Alguna vez te han comunicado que padeces inestabilidad atlantoaxial (cuello) o te han hecho radiografías para el diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ¿Usas normalmente algún aparato de protección o apoyo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ¿Te han diagnosticado asma o alguna alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ¿Tienes tos, sibilancias o dificultad respiratoria durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) ¿Has utilizado alguna vez un inhalador o has tomado medicación para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) ¿Tienes dolores en la ingle o los testículos o algún bulto o hernia dolorosos en la zona de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) ¿Naciste sin riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano, te falta alguno o tienes alguno que no funcione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ¿Has padecido mononucleosis infecciosa durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) ¿Tienes erupciones, escaras o algún otro problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ¿Has padecido alguna vez infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) ¿Alguna vez te has lesionado en la cara, la cabeza, el cráneo o el cerebro (por ejemplo: conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza por un golpe, pérdida momentánea de conciencia, zumbidos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) ¿Has sufrido alguna vez convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de un golpe, una caída, una picadura o una quemadura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Cuando hace calor mientras haces ejercicio, ¿sufres calambres musculares severos o te enfermas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) ¿Te ha dicho el médico que tú o alguien de tu familia tiene células falciformes o anemia drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) ¿Alguna vez te has hecho una prueba de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) ¿Te sientes bien con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) ¿Estás intentando ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) ¿Alguien te ha recomendado que cambies tu peso o tus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) ¿Limitas o controlas lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) ¿Tienes alguna preocupación que te gustaría comentarle al médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Solo para mujeres**

**Explica aquí las respuestas afirmativas**

	<b>S</b>	<b>N</b>
37) ¿Has tenido ya tu primer período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	_____	
39) ¿Cuántos períodos menstruales has tenido en el último año?	_____	

El médico o médica debe llenar este formulario con la ayuda del padre/madre o tutor/a.

Nombre del/de la estudiante: \_\_\_\_\_

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

**Preguntas sobre el historial del/de la paciente: háblanos sobre tu hijo/a**

- |  | <b>S</b>                 | <b>N</b>                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Tu hijo/a se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DURANTE o DESPUÉS del ejercicio, de una emoción o de un sobresalto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez dificultad respiratoria durante el ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Ha tenido tu hijo/a fatiga extrema asociada al ejercicio (diferente a la de otros niños)?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Ha sufrido tu hijo/a alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Alguna vez ha solicitado el médico una prueba cardíaca para tu hijo/a?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Han diagnosticado alguna vez a tu hijo/a un trastorno convulsivo inesperado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Han diagnosticado alguna vez a tu hijo/a asma inducida por el ejercicio, que no se controle bien con medicación?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Explica aquí las respuestas afirmativas**

**COVID-19**

- |  | <b>S</b>                 | <b>N</b>                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Hospitalizaron a tu hijo/a por complicaciones relacionadas con el COVID-19?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Ha tenido tu hijo/a alguna complicación a largo plazo por el COVID-19?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Han solicitado alguna prueba especial de corazón o pulmones para tu hijo/a o le han derivado a un especialista (cardiólogo) antes de volver a hacer deporte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Explica aquí las respuestas afirmativas**



ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOC.  
7007 N. 18TJH ST., PHOENIX, AZ 85020  
PHONE: (602) 385-3810

2025-26  
ANNUAL PREPARTICIPATION  
PHYSICAL EVALUATION

NextCare®  
URGENT CARE  
EXCLUSIVE URGENT CARE  
PARTNER OF THE AIA

Preguntas sobre el historial del/de la paciente: háblanos sobre tu hijo/a

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia has sufrido alguno de los siguientes problemas (marcar las respuestas con un círculo)?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentir nervios, ansiedad o estar al límite	0	1	2	3
Ser incapaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Sentir poco interés o placer al hacer cosas	0	1	2	3
Sentir tristeza, depresión o desesperanza	0	1	2	3

(Una suma de más de 3 puntos se considera positiva en cualquier subescala [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a efectos de evaluación)

Si obtienes más de 3 puntos en las preguntas 1 y 2 o 3 y 4, es posible que padezcas ansiedad o depresión y te esté afectando más de lo normal. En este caso, te recomendamos que hables con un profesional sanitario de confianza, como tu médico de cabecera, el entrenador deportivo o el terapeuta del centro. Si no hay nadie con quien te apetezca hablar o quieras saber más sobre cómo ayudarte a ti o a un/a amigo/a, puedes utilizar los recursos que aparecen a continuación

Para más información sobre la salud mental del estudiante/atleta:

[Quiet Suffering - A Resource for Student-Athlete Mental Health](#)

[spark.adobe.com/page/lLtwyoLpTAp0V/](http://spark.adobe.com/page/lLtwyoLpTAp0V/)

Teléfono de ayuda para adolescentes y línea de mensajes para crisis  
(602) 248-8336 (ADOLESCENCIA)

Fuera del condado de Maricopa: 1-800-2d8-8336 (ADOLESCENCIA)

Horario: Llamadas 24/7/365 | Mensajes en días laborables de 12:00 a 21:00 y fines de semana de 15:00 a 21:00 | Grupos de ayuda de 15:00 a 21:00 todos los días

Línea de mensajes para crisis: Envía HOME al 741741 para conectarte con un/a asesor/a de crisis

Línea nacional de prevención del suicidio

1-800-273-82J5 o [suicidepreventionlifeline.org](http://suicidepreventionlifeline.org)

Línea de ayuda Trevor

866-488-7386 (para jóvenes con diversidad de género)

**Preguntas sobre el historial familiar: háblanos sobre las siguientes situaciones en tu núcleo familiar**

	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
1) ¿Alguien de tu familia ha fallecido de forma súbita, inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluido el SMSL, los accidentes de coche, los ahogamientos o casi ahogamientos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Alguien de tu familia ha fallecido repentinamente debido a «problemas cardíacos» antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Alguien de tu familia ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Alguno de tus familiares sufre alguna de las siguientes condiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón dilatado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocardiopatía hipertrófica (MCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocardiopatía dilatada (MCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del QT largo (SQTL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de QT corto (SQTC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Brugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taquicardia ventricular catecolaminérgica olimórfica (TVCP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Marfan (Rotura aórtica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón con 35 años o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos o desfibrilador implantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Explica aquí las respuestas afirmativas**

**Preguntas sobre el historial familiar: háblanos sobre las siguientes situaciones en tu núcleo familiar**

	<b>S</b>	<b>N</b>
1) ¿Alguna vez te has fumado un cigarro o cigarrillo electrónico, mascado o chupado tabaco o consumido rapé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Bebes alcohol o consumes drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o utilizado algún otro tipo de suplemento para mejorar el rendimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Alguna vez has tomado algún suplemento para ayudarte a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Usas siempre cinturón de seguridad en los vehículos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede revocarse si no he respondido de forma veraz y precisa a las preguntas anteriores.**

Firma del/de la estudiante/atlet

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_  
 % grasa corporal (opcional): \_\_\_\_\_  
 Visión: R20/ \_\_\_\_ L20/ \_\_\_\_  
 Pupilas: Iguales  Unequal

Fecha de: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Pulsaciones: \_\_\_\_\_  
 BP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Corregido: S  N

	Iniciales*	Resultados anómalos	Iniciales*
<b>Medical</b>			
Apariencia	<input type="checkbox"/>		
Ojos/oídos/garganta/nariz	<input type="checkbox"/>		
Audición	<input type="checkbox"/>		
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>		
Corazón	<input type="checkbox"/>		
Soplos	<input type="checkbox"/>		
Pulsaciones	<input type="checkbox"/>		
Pulmones	<input type="checkbox"/>		
Abdomen	<input type="checkbox"/>		
Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/>		
Piel	<input type="checkbox"/>		
<b>Musculoesquelético</b>			
Cuello	<input type="checkbox"/>		
Espalda	<input type="checkbox"/>		
Hombro/brazo	<input type="checkbox"/>		
Codo/antebrazo	<input type="checkbox"/>		
Muñecas/manos/dedos	<input type="checkbox"/>		
Cadera/muslo	<input type="checkbox"/>		
Rodilla	<input type="checkbox"/>		
Pierna/tobillo	<input type="checkbox"/>		
Pies/dedos de los pies	<input type="checkbox"/>		

\* Solo si hay más de un examinador - Se recomienda que haya presente una tercera parte para el examen genitourinario.

NOTAS

Se autoriza sin restricciones

Se autoriza con las siguientes restricciones:

No se autoriza para:  Ningún deporte  Ciertos deportes: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Médicamente apto/a para todos los deportes sin restricción, pero se recomienda una evaluación o tratamiento adicional de:

Recomendaciones:

Nombre del/ de la médico/a (Imprimir/escribir): \_\_\_\_\_ Fecha del exámen: \_\_\_\_\_

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

Firma del/de la médico/a \_\_\_\_\_, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

**Arizona Interscholastic Association, Inc.**  
**Lesión cerebral traumática leve (LCTL) / Conmoción cerebral**  
**Declaración anual y acuse de recibo**

Yo, \_\_\_\_\_ (estudiante), reconozco que tengo que participar activamente en el cuidado de mi propia salud y tengo la responsabilidad directa de informar sobre todas mis lesiones y enfermedades al personal del centro (por ejemplo: entrenadores, médicos deportivos, personal de entrenamiento atlético). Reconozco además que mi condición física se determina en base a que proporcione un historial médico preciso y comunique con total transparencia cualquier síntoma, queja, lesión y/o discapacidad experimentada antes, durante o después de las actividades atléticas.

**Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:**

- Mi centro me ha proporcionado materiales educativos específicos, incluida la CDC Concussion fact sheet (<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>) sobre la conmoción cerebral y me ha dado la oportunidad de preguntar dudas.
- He comunicado al personal con total transparencia cualquier condición médica previa y comunicaré en el futuro cualquier condición futura.
- Participar en mi deporte podría resultar en un traumatismo craneal o conmoción cerebral. En raras ocasiones, estas conmociones cerebrales causan un daño cerebral permanente e incluso la muerte.
- Una conmoción cerebral es una lesión cerebral. Me responsabilizo de informar de ello al médico/a o entrenador/a del equipo.
- Una conmoción cerebral puede afectar a mi capacidad para realizar actividades cotidianas, así como afectar a mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño y rendimiento académico.
- Algunos de los síntomas de la conmoción cerebral pueden notarse de inmediato, mientras que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que un/a compañero/a de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de informar la lesión al personal del centro.
- No volveré a practicar el deporte o jugar un partido si he recibido un golpe en el cráneo o cuerpo que produzca síntomas de conmoción cerebral.
- No volveré a practicar el deporte o jugar un partido hasta que mis síntomas hayan remitido Y tenga una autorización por escrito para hacerlo realizada por un profesional de la salud cualificado.
- Despues de una conmoción, el cerebro necesita tiempo para curarse. Es mucho más probable que se produzca otra conmoción cerebral o daño si se vuelve a practicar el deporte antes de que remitan los síntomas.

En base a la incidencia de conmociones cerebrales, según lo publicado por el CDC, los siguientes deportes han sido identificados como de alto riesgo para sufrir una conmoción cerebral: béisbol, baloncesto, buceo, fútbol, fútbol americano, salto con pértiga, sófbol, animación y lucha libre.

Certifico y hago constar que tanto yo como mi padre/madre/tutor/tutora hemos leído la totalidad de este documento y entendemos completamente el contenido, las consecuencias y las implicaciones de firmarlo y aceptamos quedar vinculados al mismo.

Atleta estudiante:

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El padre, la madre o el tutor/a legal debe indicar el nombre en letra imprenta y firmar a continuación, además de indicar la fecha de la firma:

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOC.  
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, AZ 85020  
PHONE: (602) 385-3810

2025-26

## CONSENT TO TREAT FORM

**NextCare<sup>®</sup>**  
**URGENT CARE**  
EXCLUSIVE URGENT CARE  
PARTNER OF THE AIA

### 2025-26 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Generalmente, se requiere el consentimiento parental de los/as atletas menores para los servicios de medicina deportiva, que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y emergencias, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de lesiones y enfermedades, junto con las decisiones sobre la vuelta al deporte tras una lesión o enfermedad. En ocasiones, los/as atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en las actividades deportivas y en los casos en los que el padre, la madre o el tutor/a legal no está disponible inmediatamente para proporcionar el consentimiento correspondiente a la condición específica que afecta al/a la atleta. En tales casos puede ser imperativo para la salud y seguridad de dichos atletas que se proporcionen de inmediato los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños y no se suspenderán o retrasarán debido a problemas con el consentimiento parental.

En consecuencia, como miembro de la Asociación Interescolar de Arizona (AIA), (nombre del centro o distrito) exige como condición previa a la participación en actividades interescolares que un padre, una madre o un tutor/a proporcione consentimiento por escrito para que un proveedor médico cualificado (QMP) (empleado/a o designado/a por el centro/distrito/AIA), preste servicios de medicina deportiva al/a la atleta menor de edad, en la medida en que el QMP considere necesario para que el/la estudiante-atleta no sufra daños. Se entiende que un QMP puede ser entrenador/a, médico/a, asistente de médico/a o enfermero/a practicante autorizado/a por el estado de Arizona (o el estado en el que se encuentra el/la estudiante-atleta en el momento en que se produce la lesión o enfermedad), que actúa de acuerdo con el ámbito de práctica de su licencia estatal y cualquier otro requisito impuesto por Arizona law. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un/a paramédico/a certificado/a o técnico/a de emergencia, pero solo para proporcionar asistencia de emergencia y transporte.

#### RELLENA CON EL ORDENADOR O ESCRIBE CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

"Yo, \_\_\_\_\_, el/la abajo firmante, soy el padre, la madre o tutor/a legal de, \_\_\_\_\_ menor y estudiante-atleta en \_\_\_\_\_ (nombre del centro o distrito), que tiene la intención de participar en deportes y/o actividades interescolares.

Entiendo que el centro/distrito/AIA emplea o designa QMP (definido anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (definidos también anteriormente) a los/as atletas interescolares del centro antes, durante o después de las actividades deportivas y que, en ciertas ocasiones, hay actividades deportivas llevadas a cabo fuera de las instalaciones del centro/distrito durante las cuales otros QMP son responsables de proporcionar tales servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para proporcionar dichos servicios de medicina deportiva al/a la menor mencionado/a anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre la vuelta a la actividad, de acuerdo con el ámbito de práctica definido bajo la licencia estatal designada, salvo que la legislación de Arizona lo limite de otra forma. También entiendo que el QMP puede guardar la documentación relativa a cualquier servicio de medicina deportiva proporcionado al/a la menor mencionado/a anteriormente. Por la presente autorizo al QMP, que proporciona dichos servicios al/a la menor mencionado/a anteriormente, \_\_\_\_\_, a revelar la información sobre la enfermedad/lesión, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y vuelta a la actividad del/ de la atleta a aquellos/as que, según la opinión profesional del QMP, deban tener acceso a dicha información con el fin de garantizar un tratamiento y una recuperación de la enfermedad/lesión óptimos, para proteger la salud y la seguridad del/de la menor. Entiendo que tal información pueda divulgarse a los/as entrenadores/as de menores nombrados/as anteriormente, la dirección atlética, la enfermería del centro, cualquier docente del aula que la necesite para adaptar los contenidos académicos con el fin de garantizar la recuperación del/la estudiante-atleta y su regreso seguro a la actividad y cualquier QMP que realice el tratamiento.

Si el padre, la madre o tutor/a cree que el/la menor necesita tratamiento adicional o servicios de rehabilitación para la enfermedad/lesión, un/a médico/a o proveedor de su elección puede tratar al/a la menor. Entiendo, sin embargo, que todas las decisiones con respecto al regreso a la actividad tras la enfermedad/lesión dependerán del QMP empleado/ designado por el centro/distrito/AIA.

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