



Febrero 2023

Cordial saludo padres/tutores de estudiantes deportistas de la Escuela Preparatoria de Tulare Union,

Nos complace informarle que estamos ofreciendo la posibilidad de la matrícula en línea de deportistas a través de nuestra compañía asociada FamilyID ([www.familyid.com](http://www.familyid.com)). FamilyID es una plataforma de registro segura que le brinda a usted una manera fácil y cómoda de registro a nuestros programas y nos ayuda a ser administrativamente más eficientes y ambientalmente más responsables. Cuando se hace un registro a través de FamilyID, el sistema realiza un seguimiento de su información en su perfil de FamilyID para que usted ingrese su información una sola vez para que a partir de allí se hagan múltiples usos, de múltiples miembros de la familia y en múltiples programas.

**EXÁMENES FÍSICOS:** Un examen físico, realizado por un médico (no un quiropráctico) debe hacerse antes de que un deportista reciba aprobación de participación. Este examen, junto con la finalización del proceso de registro en línea, autoriza y motiva a los deportistas a participar en todos los deportes durante doce (12) meses a partir de la fecha del examen físico. El formulario de examen físico se puede descargar desde el enlace de deportes en el sitio web de la Escuela Preparatoria de Tulare Union en [tuhs.tjuhsd.org/athletics/](http://tuhs.tjuhsd.org/athletics/) o desde un enlace en la página de registro de FamilyID, [www.familyid.com](http://www.familyid.com).

**INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL REGISTRO:** Nuestro sitio de inscripción para el año lectivo 2023-2024 se activará el 22 de febrero de 2023. Será útil tener la siguiente información a mano para permitir la finalización precisa de su inscripción en línea.

- Nombre, dirección, número de teléfono del médico personal
- Nombre de la compañía de seguros y número de póliza
- Nombre y número de contacto de emergencia
- Información de la historia médica

Las políticas a ser leídas y tenidas en cuenta incluyen el Reglamento de Deportes de la Escuela Preparatoria Tulare Union, que incluyen: requisitos de elegibilidad académica, código de asistencia para la participación en deportes, política de alcohol y drogas, pruebas de drogas para deportistas del distrito, instructor deportivo, consentimiento informado/permiso y declaración jurada de límites. También incluyen el código de ética para deportistas de CIF, el formulario anual de conmoción cerebral y el acuerdo de deportes para el éxito de padres y jugadores de la Liga de East Yosemite. Dedique el tiempo necesario para leer esta información, ya que usted deberá firmar para mostrar que usted comprende la información contenida en estos documentos.

Un padre/tutor debe registrarse visitando el sitio web de la Escuela Preparatoria de Tulare Union en [tuhs.tjuhsd.org/athletics/](http://tuhs.tjuhsd.org/athletics/) y haciendo clic en el enlace de Deportes. Luego, debe hacer clic en [www.FamilyID.com](http://www.FamilyID.com) o en la **Excepción de Registro Físico 2023-24 en línea** en la parte superior de la columna derecha para comenzar el proceso.

Debajo del título "Programas", haga clic en el enlace de todos los programas en los que usted desea registrarse. Desplácese hasta la parte inferior de la página para Iniciar sesión si es la primera vez que utiliza FamilyID o Inicie sesión si ya tiene una cuenta de FamilyID.

Regístrese para obtener su cuenta segura de FamilyID ingresando su apellido, dirección de correo electrónico y contraseña. Recibirá un correo electrónico con un enlace para activar su nueva cuenta. (Si no ve el correo electrónico, revise sus carpetas de correo no deseado).

Haga clic en el enlace en la activación de su correo electrónico, que lo conectará a FamilyID.

Si no regresa al formulario de registro, haga clic en 'Encontrar programas' para recuperar el formulario. Una vez en el formulario de registro, diligencie la información solicitada. Cuando haya diligenciado el formulario, haga clic en el botón "Guardar y continuar".

Usted recibirá un recibo por correo electrónico de [registratons@familyid.com](mailto:registratons@familyid.com) Usted también puede ver su registro diligenciado en la pestaña 'Registro'. Usted puede iniciar sesión en <https://www.familyid.com> en cualquier momento para actualizar su información y verificar su (s) registro (s).

**SOPORTE:** usted siempre puede encontrar sus programas en [www.familyid.com](http://www.familyid.com) haciendo clic en "encontrar programas" en la bandera azul superior y buscando el nombre de nuestra organización. Si usted necesita ayuda con su registro, puede llamar a Family ID al 888-800-5583 X1 o enviar un correo electrónico a [support@familyid.com](mailto:support@familyid.com) El soporte está disponible los 7 días de la semana durante el horario comercial estándar y los mensajes se responderán de inmediato.

755 E. Tulare Avenue, Tulare, California 93274 <http://tuhs.tjuhsd.org>  
(559) 687-7367

(559) 686-4761 FAX

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO: CERTIFICACIÓN EXAMEN FÍSICO ACTUAL (12 MESES): Se puede cargar en el registro en línea o se debe entregar una copia a la enfermera de la escuela de Tulare Union. Su deportista no tendrá permiso para participar en deportes hasta que se brinde a la escuela una certificación del examen físico actual con la firma del médico. Una vez que se le proporcione, la enfermera le dará a su estudiante un comprobante verde para que lo presente a su entrenador como prueba de que se ha recibido su registro en línea y la autorización médica actual.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRUEBAS DE DROGAS A ESTUDIANTE DEPORTISTA: Se incluye en este paquete el formulario de consentimiento para pruebas de drogas de estudiante deportista del distrito. Este formulario debe ser firmado por un padre/tutor y estudiante deportista y debe entregarse a la enfermera con la certificación de un examen físico de un médico. Si no se recibe este formulario, el estudiante deportista no tendrá autorización para participar en el deporte de su escogencia. La política se puede encontrar en el registro en línea bajo políticas. El rechazo por parte de los padres o el consentimiento de los estudiantes a las pruebas de drogas del estudiante deportista imposibilitará que el estudiante deportista participe en la actividad deportiva o como porrista.



Atentamente,

Diana Nalbandian-Hatton  
Director de Deportes

# EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

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

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

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

**Medicamentos y Alergias:** Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.  
 Medicamentos  Polen  Comida  Picaduras de Insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (Incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tablilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúe)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo de pranáctico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SOLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DEL EXAMEN FÍSICO\*

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

## RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere la posibilidad de hacer preguntas adicionales sobre temas más delicados

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Se siente alguna vez triste, desesperado, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
- ¿Ha probado alguna vez los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el tabaco en polvo?
- Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o tabaco en polvo?
- ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?
- ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que le ayude a subir o bajar de peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Lleva un timbre de seguridad, usa casco y utiliza preservativos?

2. Considere la posibilidad de revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (P4-P13 del Formulario de historial)

EXAMEN			
Estatura	Peso		
Presión arterial / ( / )	Pulso	Visión R 20/	L 20/
		Corregido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
MEDICO . Aspecto • Síndrome de Marfán (cifoescoliosis, paladar alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hipertaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral MVP, insuficiencia aórtica)		NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Ojos/orejas/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición			
Nódulos linfáticos			
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)			
Pulmones			
Abdomen			
Piel Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieran Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporal			
Neurológico			
MÚSCULOESQUELÉTICO			
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 sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de caída o prueba de escalón.			

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

PROFESIONAL DE LA SALUD: ESTE FORMULARIO [4] DEBE UTILIZARSE JUNTO CON EL FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA [3] Y LA TARJETA MÉDICA [5]. ESTE FORMULARIO Y LA TARJETA MÉDICA DEBEN ESTAR FIRMADOS POR EL MÉDICO (MD)/MÉDICO EN MEDICINA OSTEÓPATA(DO)/ENFERMERAS PROFESIONALES (NP)/ASISTENTES MÉDICOS (PA)

### Comentarios:

Nombre del profesional de la salud (MD/DO,NP,PA) en letra Imprenta o a máquina: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

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

Firma del profesional de la salud: \_\_\_\_\_ Fecha de autorización: \_\_\_\_\_

*Firme las páginas cuatro y cinco del paquete previo a la participación*

©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.

Examen físico previo a la participación Evaluación  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

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

Sexo: Masculino/Femenino

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Autorizado para todos los deportes sin restricción
- Aprobado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional para \_\_\_\_\_

- No borrado
  - Evaluación adicional pendiente
  - Para cualquier deporte
  - Para Ciertos Deportes: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones:

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

Tengo examinado el estudiante mencionado anteriormente y completé el examen físico previo a la participación evaluación. El atleta no presenta síntomas clínicos aparentes contraindicaciones practicar y participar en el deporte(s) como se describe anteriormente. Una copia del físico examen está registrado en mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela en pedido de padres Surgen condiciones de identidad después del atleta ha recibido autorización para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del médico (letra de molde/tipo) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del médico: \_\_\_\_\_, MD o DO

Información de emergencia:

Alergias:

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

Otra información: \_\_\_\_\_

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

**TULARE UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**  
**Atlético y Forma de Registro de Actividad/Club 2023/24**

Mi estudiante que desee participar en los deportes o actividades

<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Flag Football	<input type="checkbox"/> Soccer	<input type="checkbox"/> Basketball	<input type="checkbox"/> Track & Field
<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Tackle Football	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Volleyball	<input type="checkbox"/> Wrestling
<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/> Hockey	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Cheerleading	<input type="checkbox"/> Band/Orchestra
<input type="checkbox"/> Badminton	<input type="checkbox"/> Swimming	<input type="checkbox"/> Water Polo	<input type="checkbox"/> Drill Team	<input type="checkbox"/> Other(            )

Todos los participantes anticipados deben completar estos materiales, proporcionar la prueba de seguro médico y tener una firma de padre/guarda que autoriza su participación antes de la participación en cualquier actividad o práctica.

Nombre del alumno (Por favor imprima) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección - Calle \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

**LEY DE CALIFORNIA**

El Código de Educación de California (Secciones 32221-32224 y 49470-49474) requiere que cada miembro de un equipo de atletismo tendrán cobertura de seguro de gastos médicos y de hospital en una cantidad de al menos \$1,500 dólares mientras que practica para o participar en actividades deportivas bajo la jurisdicción del distrito de escuelas públicas. "Miembro de un equipo de atletismo" significa cualquier miembro del equipo de atletismo alfabetización participan en eventos deportivos en o fuera del recinto escolar, se mantuvo o patrocinado por la institución educativa o un cuerpo estudiantil de su organización. "Miembro de un equipo de atletismo" también incluye a miembros de bandas escolares o orquestas, porristas y sus asistentes, pompón las niñas, los gerentes de los equipos y sus ayudantes, así como cualquier estudiante o un alumno seleccionado por la escuela o cuerpo de estudiantes 4organización para ayudar directamente en la conducta del evento atlético, incluidas las actividades conexas, pero sólo mientras que dichos miembros están siendo transportados por o bajo el patrocinio o arreglos de la institución educativa o un cuerpo estudiantil de su organización o de una escuela o en cualquier otro lugar de la instrucción y el lugar en que el evento atlético se está llevando a cabo.

Bajo la ley estatal, los distritos escolares están obligados a garantizar que todos los miembros de la escuela los equipos atléticos tienen accidentes seguro que cubre los gastos médicos y hospitalarios. El requisito de seguro pueden ser satisfechas por el distrito escolar ofrece seguros u otros beneficios para la salud que cubrir los gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en ningún costo o a bajo costo local, estatal o aseguradas por programa. Información acerca de estos programas que incluyen otros comparables sin costo o de bajo costo local, estatal o federal patrocinado programas de seguro de salud, pueden ser obtenidos llamando al 1-800-722-3365 o las Familias Saludables y los Programas de Asistencia Médica Línea de Información al 1-800 -880-5305.

**PROTECCIÓN DE SEGURO**

Los padres/tutores deben presentar prueba de su seguro y cumplimentar y firmar la siguiente el athletic renuncia de seguros como prueba de otras coberturas de seguro, o la compra Seguro Estudiantil Contra Accidentes por Tulare Union High Distrito Escolar antes de que el estudiante es elegible para participar en eventos deportivos.

- Opción A  **Seguro Personal** - Por la presente declaro que mi estudiante, \_\_\_\_\_, Tiene seguro médico, de la cantidad de al menos \$1,500 dólares administrados por \_\_\_\_\_ Compañía de seguridad., póliza # \_\_\_\_\_, Que se dará cobertura a los gastos médicos y hospitalarios derivados de lesiones corporales accidentales y a la vez practicar para o participar en eventos deportivos. Por lo tanto, no quiero que mi estudiante para suscribirse a la participación en el programa de seguros disponibles a través del distrito escolar, por lesiones corporales accidentales y se libere el Consejo de Administración y los funcionarios de la escuela del Distrito Escolar de Tulare Union High cualquier y toda la responsabilidad de proporcionar el seguro requerida bajo Código de Educación de California 32220-32224. **INFORMARÉ A LA ESCUELA DE cualquier cambio o de caducidad en la cobertura.**
- Una copia de los alumnos. prueba de seguro médico se adjunta.

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

Fecha \_\_\_\_\_

- Opción B  **Yo deseo participar en el Plan estudiante accidente pondrá a disposición del Distrito Escolar Tulare Union High.**

Un formulario de inscripción de seguros deberían acompañar a este formulario, o bien puede obtener uno en línea en el sitio web proveedor seguro para el estudiante.

1. Iniciar sesión en [www.peinsurance.com](http://www.peinsurance.com). En la sección "Productos", haga click en "estudiantes", a continuación, haga clic en el enlace apropiado para un folleto en español o en inglés. También puede registrarse en línea e impresos prueba de su cobertura O
2. Imprimir folleto, completa y llevar a su entrenador o profesor que transmita a la compañía de seguros con su pago.

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

Fecha \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE ADVERTENCIA DEPORTES

Participar en competiciones de atletismo puede resultar en lesiones graves, incluyendo parálisis o muerte. Los jugadores pueden reducir el riesgo de informar acerca de todos los problemas físicos de sus entrenadores, siguiendo las instrucciones de los entrenadores sobre técnicas de interpretación, capacitación y otras normas equipo, etc. , y acordar a obedecer esas instrucciones. Incluso si todas estas condiciones se cumplan, un accidente grave aún puede ocurrir.

### PROGENITOR PERMISO

En el examen del permiso concedido, nosotros, los abajo firmantes, medio LIBERO, SECRECIÓN y eximir de responsabilidad al Tulare Union High Distrito Escolar de toda responsabilidad que pueda derivarse de o en conexión con el identificado el athletic sport/actividad. La liberación y la liberación de la Tulare Union High Distrito Escolar de toda responsabilidad incluye cualquier defecto o supuesta negligencia imputable al Tulare Union High Distrito Escolar o cualquiera de sus entrenadores, agentes, los instructores, profesores o cualquier asistentes supervisar, dirigir o instruir en el deporte y la actividad atlética. (\_\_\_\_\_) **(Para ser iniciado por el estudiante y/o padre, madre o tutor)**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ (estudiante), han leído la liberación. Entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Tengo entendido que todos los deportes puede involucrar **muchos riesgos de lesión**, inclusive, pero no limitado a, los riesgos señalados anteriormente.

En el caso de un accidente o una enfermedad súbita, el distrito escolar tiene mi permiso para rendir cualquier tratamiento médico de emergencia que se consideren necesarias para el estudiante antes mencionadas.

Estoy firmando este documento en el mío propio, así como en nombre de mi alumno atleta.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



**TULARE JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS**  
**PARA ESTUDIANTES DEPORTISTAS**

Entiendo que después de haber leído la Póliza de Pruebas de Drogas para *Tulare Joint Union High School District*, establecida en la Póliza de la Junta y la reglamentación administrativa 5131.61, que por mi seguridad y salud, la Junta de Gobierno y el Distrito han establecido y aplican reglas y consecuencias respecto al uso de drogas ilegales y sustancias controladas. Soy consciente que las decisiones personales que tomo diariamente con respecto al uso de drogas ilegales o sustancias controladas pueden afectar mi salud y bienestar, representar un peligro para los que me rodean y reflejan negativamente el programa deportivo del Distrito con el cual estoy relacionado. Si elijo violar la política de la escuela respecto al uso de drogas ilegales o sustancias controladas, entiendo que estaré sujeto a las restricciones de mi participación como se describe en la política.

Autorizo a *Tulare Joint Union High School District* a realizar una prueba en una muestra de orina que provea para probar drogas ilegales y sustancias controladas, incluyendo, pero sin limitarse a drogas y sustancias controladas identificadas en la política y regulación del Distrito y/o establecidas a continuación. También autorizo el intercambio de información acerca de los resultados de tal prueba entre *Tulare Joint Union High School District*, mis padres y/o tutor(es), y la agencia contratada de pruebas de drogas, *Recovery Resources*.

Esto se considerará un consentimiento de conformidad con la Ley de derecho a la privacidad de educación familiar (20 U.S.C. §1232g; 34 C.F.R. Parte 99) y el Código de Educación (secciones 49076 y subsiguientes) para la divulgación de la información anterior a las partes mencionadas anteriormente.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS QUE SU HIJO ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE Y PROPORCIONE DOCUMENTACIÓN PARA VERIFICARLO CON ESTE FORMULARIO:

\_\_\_\_\_  
Leí y estoy de acuerdo con los términos de participación de mi hijo/a que aparecen arriba.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor en letra imprenta

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

El servicio de pruebas incluirá pruebas para, pero no se limitará a, una o más de las siguientes drogas ilegales y/o sustancias controladas: metabolito de marihuana, metabolito de cocaína, opiáceos, fenciclidina (*PCP*), anfetaminas, alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, propaxiheno (*Darvocet*), metadona, oxicotina, drogas de diseño o sintéticas y esteroides.

Los padres pueden retirar la autorización para realizar pruebas a los estudiantes, a través de una notificación por escrito al Superintendente asociado en la Oficina del Distrito: 426 N. Blackstone St., Tulare, California 93274. La única consecuencia de retirar la autorización es que el estudiante ya no podrá participar en los deportes del Distrito.