

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

Paquete de formularios de Pre-participación 2022-23

Revisado: 14 de mayo de 2022 (Krogstrand)



Contenido:

- Formulario de consentimiento de la Asociación de actividades escolares de Nebraska NSAA
- Formulario de Historial de salud de pre-participación de las Escuelas Públicas de Omaha y la NSAA (el médico del estudiante se lo debe quedar)
- Formulario de Examen físico previo a la participación de las Escuelas Públicas de Omaha y la NSAA (el médico del estudiante se lo debe quedar)
- Escuelas Públicas de Omaha y NSAA- recomendación del médico, liberación de la recomendación del médico por parte de los padres/estudiante y formulario de información médica compartida
- Hoja de información sobre conmociones cerebrales de las Escuelas Públicas de Omaha y formulario de reconocimiento
- Formulario de información de seguro médico de las Escuelas Públicas de Omaha

PARA EL PERSONAL DE LA ESCUELA:

- Asegúrese de que todos los formularios con el LOGOTIPO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA estén firmados, completos y devueltos antes de permitir que un atleta participe.
- Solo aquellos con el logotipo de OPS en la esquina superior derecha deben ser guardados por la escuela. Devuelva toda la demás documentación al estudiante o deseche cualquier información adicional entregada.

Se completará para los estudiantes que participan en cualquier actividad de NSAA.

Formulario de consentimiento de estudiantes y padres



Año escolar: 20____-20____
Nombre de la escuela: _____
Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Los abajo firmantes son el estudiante y los padres, tutores o personas a cargo del estudiante mencionado anteriormente y se denominan colectivamente "Padres".

El padre y el estudiante al firmar este documento aceptan:

- (1) Comprender y aceptar que la participación en actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del estudiante y es un privilegio;
- (2) Comprender y aceptar que (a) mediante este Formulario de Consentimiento, la NSAA ha proporcionado al padre y al estudiante la existencia de peligros potenciales asociados con la participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad atlética puede implicar **lesiones o enfermedades** de algún tipo; (c) la gravedad de dicha lesión puede variar desde pequeñas cortaduras, moretones, esguinces y distensiones musculares hasta lesiones más graves, como lesiones en los huesos, articulaciones, ligamentos, tendones o músculos del cuerpo, lesiones catastróficas en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves que resulten en discapacidad total, parálisis y muerte; **d) la gravedad de una enfermedad, incluidas las enfermedades contagiosas como el virus COVID 19, y las infecciones bacterianas pueden ser tan graves que provoquen una discapacidad y la muerte;** y, e) incluso el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y la estricta observancia de las normas, las lesiones siguen siendo una posibilidad;
- (3) Comprender, dar su consentimiento y aceptar la participación del estudiante en las actividades de la NSAA sujeta a todos los estatutos y reglas de la NSAA para participar en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la escuela miembro de la NSAA para la cual el estudiante está participando; y,
- (4) Comprender, dar su consentimiento y aceptar la divulgación a la NSAA por parte de la Escuela miembro en la que está inscrito el estudiante, y la subsiguiente divulgación por parte de la NSAA, de información sobre el estudiante, incluido el nombre del estudiante, la dirección, la lista de teléfonos, correo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, principales campos de estudio, fechas de asistencia, nivel de grado, estado de inscripción (por ejemplo, tiempo completo o tiempo parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de los miembros de equipos atléticos, títulos, honores y premios recibidos, estadísticas sobre el desempeño, registros o documentación relacionada con la elegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA, registros médicos y cualquier otra información relacionada con la participación del estudiante en actividades patrocinadas por la NSAA; y, (b) el estudiante siendo fotografiado, grabado en video, grabado en audio o grabado por cualquier otro medio mientras participa en actividades y concursos de la NSAA, acepta y renuncia a cualquier derecho de privacidad con respecto a la visualización de dichas grabaciones, y renuncia a cualquier reclamo de propiedad u otros derechos con respecto a tales fotografías o grabaciones o a la transmisión, venta o exhibición de tales fotografías o grabaciones.
- (5) Comprender, dar su consentimiento y autorizar al personal con licencia en lesiones deportivas a evaluar y tratar cualquier **lesión o enfermedad** que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención preventiva razonable y necesaria, el tratamiento y la rehabilitación para estas lesiones. Esto también incluiría el transporte del estudiante a un centro médico si es necesario. Dicho personal con licencia en lesiones deportivas son proveedores independientes y no están empleados por la NSAA.
- (6) Reconocer, que los padres están obligados a pagar por servicios médicos profesionales y / o relacionados; la NSAA no será responsable del pago de dichos servicios. Damos permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica del estudiante y a la NSAA y sus empleados, personal, agentes y consultores para divulgar y discutir todos los registros e información sobre el estudiante, incluida la información y los registros médicos confidenciales. Entendemos que esta liberación ha sido solicitada y puede usarse con el propósito de determinar la elegibilidad relacionada con la participación en actividades, la aptitud física, las lesiones, el estado de la lesión o la emergencia.

Reconozco que he leído los párrafos (1) al (6) anteriores, comprendo y acepto los términos de estos, incluida la advertencia del riesgo potencial de lesión inherente a la participación en actividades deportivas.

Nombre del estudiante [letra de molde]

Firma del estudiante

Fecha

(Yo soy)/(Nosotros somos) [circule la opción apropiada] el (padre) (Tutor) del estudiante (Yo) (Nosotros) reconocemos que (yo) (nosotros) hemos leído los párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluida la advertencia del riesgo potencial de lesiones inherente a la participación en actividades atléticas. Habiendo leído la advertencia en el párrafo (2) anterior y entendiendo el riesgo potencial de lesiones a mi estudiante, (yo) (nosotros) por la presente damos (mi) (nuestro) permiso para que _____ [escribir el nombre del estudiante] practique y compita por la escuela preparatoria mencionada anteriormente en actividades aprobadas por la NSAA, **excepto las que se tachan a continuación:**

Béisbol	Baloncesto	Bolicho	Campo a través (carrera)	Debate	Fútbol Americano	Golf	Periodismo
Música	Producción de obras de teatro	Fútbol	Sófbol	Discurso	Nadar/Bucear	Tenis	Atletismo
Bolicho unificados	Atletismo unificado	Voleibol	Lucha (Wrestling)				

Padre(s)/Tutor Nombre (s) impreso(s)*	Firma del padre/ tutor	Fecha de firma

* Tanto la madre como el padre deben firmar, a menos que los padres estén divorciados, el padre con custodia debe firmar, o si el estudiante no vive con sus padres, el tutor legal del estudiante.

Revisado en junio de 2021

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

Debe completarse (con el padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años) antes del examen físico. **El formulario no se compartirá con la escuela ni con ningún personal de la escuela, sino que solo se entregará al médico antes del examen físico.**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del Examen: _____ Grado: _____

Deportes: _____

Enumere todas las condiciones médicas pasadas y actuales:	
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, medicamentos de venta libre o suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? de ser así, indíquelo aquí:	

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Circule su respuesta)

	Ninguna vez	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, o ansioso	0	1	2	3
No poder detener o controlar sus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o desesperado	0	1	2	3

Una suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines de examinación.

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE "EN EL ÚLTIMO AÑO" Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría consultar con su proveedor?			16. ¿Tose, jadea, o tiene dificultad para respirar durante o después		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, bazo o algún otro órgano?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedades recientes?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA	Sí	No	19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o MRSA?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o caída?		
6. ¿Alguna vez su corazón se acelera, se agita en el pecho o siente latidos irregulares durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hace ejercicio en el calor?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiografía o ecocardiografía)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con sus ojos o visión?		
9. ¿Se mareo o siente que le falta aire al respirar a diferencia de sus amigos durante el ejercicio?			25. ¿Le preocupa su peso?		
10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA	Sí	No	27. ¿Está usted en una dieta especial, o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
11. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
12. ¿Algún miembro de su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o polimórfico catecolaminérgico? taquicardia ventricular (CVPT)?			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Algún miembro de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			SOLO PARA MUJERES	Sí	No
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No	30. ¿Alguna vez ha menstruado?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un partido?			31. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación?		
15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que molesta? ¿Te molesta?			32. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

CERTIFICACIÓN DE SALUD: Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario son completas y correctas:

Firma del atleta: _____

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____

Fecha: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA- FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre del atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____

Grado: _____

Recordatorios para el médico:

1. Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados:

- ¿Se sientes estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez se has sentido triste, sin esperanza, deprimido o ansioso?
- ¿Se sientes seguro en su casa o residencia?

- ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, o tabaco masticable?
- En los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco masticable?
- ¿Bebe alcohol o usas alguna otra droga?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado cualquier otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarle a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?
- ¿Usas cinturón de seguridad o casco?

2. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (# 4-13 en el formulario de historial de salud)

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	BP:
Pulso:	Visión: R 20/ L 20/	¿Corregido?:

MÉDICO	Normal	Hallazgos anormales
Apariencia		
Cabeza/Boca		
Ojos, oídos, nariz y garganta - Pupilas iguales y audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón* - Sonidos cardíacos, soplos, pulso, ritmo, auscultación, diagnóstico de COVID-19		
Pulmones		
Abdomen - Hígado/Bazo, masas		
Piel - HSV, Lesiones, Estafilococo, MRSA, etc.		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	Normal	Hallazgos anormales
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una pierna, prueba de caída de caja o de caída de paso. 		

* Considere la electrocardiografía (ECG), la ecocardiografía, derivar a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos del examen, o una combinación.

Nombre del examinador:

Firma del examinador:

Fecha del examen:

COMPLETAR POR EL ATLETA O EL PADRE/ TUTOR (Si el atleta es menor de 18 años):

Por la presente doy permiso para la divulgación de los resultados del examen físico y la "Información médica compartida" seleccionada en la página siguiente a la escuela con el propósito de participar en deportes y actividades.

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Firma de los padres: _____

Fecha: _____



Nombre del atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____

() Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción

() Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción, con recomendaciones para la evaluación o tratamiento adicional de

() Medicamento elegible solo para ciertos deportes (lista a continuación):

() Medicamento NO elegible. En la espera de una evaluación adicional

() Medicamento NO elegible para ningún deporte

Recomendaciones:

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la presentación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el(los) deporte(s) como se describe en este formulario. Una copia de los hallazgos del examen físico está archivada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de salud (letra imprenta o de molde): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de salud: _____, _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA – Para Fines Escolares/Información

Alergias:

Medicamentos:

Otra información:

Contactos de emergencia:

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA– HOJA INFORMATIVA SOBRE CONMOCIONES CEREBRALES PARA ESTUDIANTES



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que:

- Es causada por una colisión, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo
- Puede cambiar la forma en que el cerebro funciona normalmente
- Puede ocurrir durante prácticas o juegos en cualquier deporte o actividad recreativa
- Puede suceder incluso si no ha sido noqueado
- Puede ser grave incluso si acaba de ser "golpeado levemente"

Todas las conmociones cerebrales son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad para hacer tareas escolares y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de las personas con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo al cerebro para sanar.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

No se puede ver una conmoción cerebral, pero es posible que note uno o más de los síntomas que se enumeran a continuación o que "no se siente bien" poco después, o unos días después e incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Molestia por la luz o el ruido
- Sensación de lentitud, neblina, niebla o aturdimiento
- Dificultad para prestar atención
- Problemas de memoria
- Confusión

¿Qué debo hacer si creo que tengo una conmoción cerebral?

- **Dígaselo a sus entrenadores y a sus padres.** Nunca ignore una colisión o golpe en la cabeza, incluso si se siente bien. Además, dígame al entrenador de inmediato si cree que tiene una conmoción cerebral o si uno de sus compañeros de equipo podría tener una conmoción cerebral.
- **Hágase un chequeo médico.** Un médico u otro profesional de la salud puede decirle si tiene una conmoción cerebral y cuándo estaría bien volver a jugar.
- **Dese tiempo para mejorar.** Si tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro está recién sanando, es mucho más probable que tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que lleva para que se recupere y puede causar más daño a su cerebro. Es importante descansar y no volver a jugar hasta obtener la aprobación de su doctor o profesional de salud de que ya esté libre de síntomas.

¿Cómo puedo prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que puede tomar para protegerse.

- Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo lo proteja, debe ser:
 - El equipo adecuado para el juego, la posición o la actividad
 - Usado correctamente, el tamaño y ajuste correctos
 - Se usa cada vez que juega o practica
- Siga las reglas de seguridad de su entrenador y las reglas del deporte
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento

ES MEJOR PERDERSE UN PARTIDO QUE TODA UNA TEMPORADA, ¡SI VES ALGO, DI ALGO!

Nombre del estudiante
(letra de molde)

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Firma de los padres

Fecha

**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA – HOJA INFORMATIVA PARA PADRES
SOBRE LA CONMOCIÓN CEREBRAL**



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral. Las conmociones cerebrales son causadas por una colisión, un golpe en la cara, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo. Incluso lo que parece ser un golpe leve o un golpe en la cabeza puede ser muy serio.

¿Cuáles son las señales y síntomas?

Una conmoción cerebral no se puede ver. Las señales y los síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer o ser notados hasta días después de la lesión. Si su hijo adolescente presenta, uno o más síntomas de conmoción cerebral que se enumeran a continuación, o si nota los síntomas usted mismo, mantenga a su hijo adolescente fuera de juego y busque atención médica de inmediato.

Señales observadas por los padres o tutores	Síntomas reportados por el atleta
<ul style="list-style-type: none"> ● Parece aturdido o confundido ● Está confundido acerca de la asignación o el puesto ● Olvida una instrucción ● No está seguro del juego, la puntuación o el oponente ● Se mueve con torpeza ● Responde a las preguntas lentamente ● Pierde el conocimiento (aunque sea brevemente) ● Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad ● No puede recordar eventos anteriores al golpe o caída ● No puede recordar eventos después del golpe o caída 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza ● Náuseas o vómitos ● Problemas de equilibrio o mareos ● Visión doble o borrosa ● Sensibilidad a la luz o al ruido ● Sensación de lentitud, confusión, o aturdimiento ● Problemas de concentración o memoria ● Confusión ● Simplemente no "se siente bien" o "se siente mal"

¿Cómo puede ayudar a su hijo adolescente a prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los adolescentes pueden tomar para prevenir una conmoción cerebral y otras lesiones.

- Asegúrese de que usen el equipo de protección adecuado para su actividad. Debe ajustarse correctamente, estar en buenas condiciones y usarse de manera consistente y correcta.
- Asegúrese de que sigan las reglas de seguridad de sus entrenadores y las reglas del deporte.
- Anímelos a practicar un buen espíritu deportivo en todo momento.

¿Qué debe hacer si cree que su hijo tiene una conmoción cerebral?

1. **Mantenga a su hijo fuera del juego.** Si su hijo tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. No permita que su hijo regrese a jugar el día de la lesión y hasta que un profesional de salud, con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral, diga que su hijo está libre de síntomas y que está bien volver a jugar. Una conmoción cerebral repetida que ocurre antes de que el cerebro se recupere de la primera, generalmente en un corto período de tiempo (horas, días o semanas), puede retrasar la recuperación o aumentar la probabilidad de tener problemas a largo plazo. En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas pueden provocar edema (hinchazón cerebral), daño cerebral permanente e incluso la muerte.
2. **Busque atención médica de inmediato.** Un profesional de salud con experiencia en la evaluación de la conmoción cerebral podrá decidir qué tan grave es la conmoción cerebral y cuándo es seguro para su hijo regresar a los deportes.
3. **Enséñele a su hijo que no es inteligente jugar con una conmoción cerebral.** El descanso es clave después de una conmoción cerebral. A veces los atletas creen erróneamente que demuestran fuerza y valentía al jugar lesionados. Desaliente a otros para que no presionen a los atletas lesionados a jugar. No deje que a su hijo lo convenzan de que está "bien".
4. **Informe a todos los entrenadores de su hijo y a la enfermera de la escuela acerca de CUALQUIER conmoción cerebral.** Los entrenadores, las enfermeras escolares y otro personal de la escuela deben saber si su hijo alguna vez ha tenido una conmoción cerebral. Es posible que su hijo deba limitar las actividades mientras se recupera de una conmoción cerebral. Cosas como estudiar, conducir, trabajar en una computadora, jugar videojuegos o hacer ejercicio pueden hacer que los síntomas de conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Hable con su profesional de salud, así como con los entrenadores de su hijo, la enfermera de la escuela y maestros. Si es necesario, pueden ayudar a ajustar las actividades escolares de su hijo durante su recuperación.

Nombre de los padres

Fecha

Firma de los padres

Fecha

Nombre del Estudiante:

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
Información sobre el seguro de salud



Para participar en Atletismo para las Escuelas Públicas de Omaha, todos los atletas deben demostrar que tienen cobertura de seguro de salud.

Nuestro distrito escolar, en conjunto con la compañía de seguros K & K, proporciona cobertura de seguro estudiantil para aquellos que pueden optar por inscribirse para completar este requisito. La prima total de este seguro debe ser pagada por el estudiante o el padre/tutor. El propósito de esta cobertura es ayudar en el costo del tratamiento de lesiones accidentales que pueden ocurrir en el ámbito de la participación atlética. Los pagos de *K & K Insurance* deben considerarse de naturaleza "secundaria" y se realizan en conjunto con cualquier pago de otra compañía de seguros por la misma lesión.

Ya sea a través de la compañía *K & K Insurance*, o a través de la cobertura de seguro de salud personal / privado se debe proporcionar prueba de seguro como se indica a continuación antes de que se permita a un estudiante participar en el programa de atletismo de las Escuelas Públicas de Omaha. La información del seguro de K & K y las opciones de inscripción se pueden encontrar en www.studentinsurance-kk.com.

Nombre del atleta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Marque la oración que corresponda:

_____ **El estudiante mencionado anteriormente participará en el Plan de Lesiones de Beneficios Atléticos ofrecido por *K & K Insurance*.**

Número de póliza de seguro de	
--------------------------------------	--

_____ **El estudiante mencionado anteriormente tiene cobertura de seguro de salud a través de otra compañía como se detalla a continuación:**

Compañía de Seguros:	
Número de póliza:	

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