



Athletic Activity Clearance Packet

Kern High School District

The following forms must be filled out **neatly** and **completely**. Students will not be allowed to participate until **ALL** forms have been completed and turned in to (INSERT) High School Athletic office, verified and issued a clearance card.

Check List:

- _____ **Academic Eligibility**
2.0. GPA, Passed 4 courses, 20 units, but must be enrolled in 5 courses, 25 units
- _____ **Physical Examination Form**
Completed by MD or DO per A.R. 6145.5
- _____ **Emergency Cards**
Please fill out each section and list Preferred Hospital. All 3 cards must have parent signatures
- _____ **Steroid Use Policy Agreement**
Student and Parent Signatures
- _____ **Ethics in Sport**
Student and Parent Signatures
- _____ **Risk Acknowledgement/Consent to Participate Form**
Student and Parent Signatures
- _____ **Discipline Code Summary**
Student and Parent Signatures
- _____ **Concussion Acknowledgment Form**
Student and Parent Signatures
- _____ **Football Insurance Form**
Student and Parent Signatures
- _____ **Condition of Participation** (*site specific*)
Student and Parent Signatures

Sport	GPA/Money Owed	Clearance Date
Fall _____	_____ / _____	Fall _____
Winter _____	_____ / _____	Winter _____
Spring _____	_____ / _____	Spring _____

PHYSICAL EXAMINATION FORM FOR STUDENTS

Name _____ UID # _____
 Grade _____ Birth Date _____ Sex _____
 Father _____ Mother _____
 Address _____

Medical history to include: rheumatic fever, tuberculosis, epilepsy, allergies, operations, serious illnesses, congenital defects and menstrual disturbances:

Has your son/daughter had a concussion? Yes No

If so, how many? _____ Date of Last concussion _____

Immunization Recommendations:

Physical Examination	Check			Additional Remarks
	N	A	NE	
Normal, Abnormal, Not Examined				
General Weight & Nutrition				
General Appearance				
Skin (Acne, Tinea, Dermatitis)				
Eyes (Conjunctivae, Cornea, EOM)				
Ears (Perforations, Deafness)				
Nose (Allergy, Deformities)				
Teeth (Cavities, Gingivitis, Occlusion)				
Tonsils				
Lymph Nodes				
Chest (Deformities)				
Lungs				
Heart (Size, Murmur, Rhythm)				
Breast				
Abdomen				
Hernias				
Genitalia				
Back (Kyphosis, Lordosis, Scoliosis)				
Skelton (Limited Motion, Deformities)				
Feet (Flat, Pronated, Tinea)				

Urinalysis: Sugar _____ Albumin _____ Blood Pressure _____ Ht. _____ Wt. _____

This student may participate in:

Competitive Sports Yes _____ No _____
 Regular Physical Education Yes _____ No _____
 Limited P.E. Only Yes _____ Duration _____

Physician's Signature

Date: _____

Type or print physician's name

License Number

**PHYSICALS FROM A CHIROPRACTOR
 ARE NOT VALID FOR ATHLETIC CLEARANCE**





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____





Print Name of Student-Athlete: _____

As a condition of membership in the CIF, all schools shall adopt policies prohibiting the use and abuse of androgenic/anabolic steroids. All member schools shall have participating students and their parents, legal guardian/caregiver agree that the athlete will not use steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition (Bylaw 524).

By signing below, both the participating student-athlete and the parents, legal guardian/caregiver hereby agree that the student shall not use androgenic/anabolic steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition. We also recognize that that under CIF Bylaw 200.D., there could be penalties for false or fraudulent information. We also understand that the Kern High School District policy regarding the use of illegal drugs will be enforced for any violations of these rules.

Signature of Student

Date

Signature of Parent

Date





California Interscholastic Federation
Central Section
P.O. Box 1567 Porterville, CA 93258
Phone (559)781-7586 Fax (559)781-7033

ETHICS IN SPORTS

I. Policy Statement

The Central Section, CIF is committed to the exhibition of sportsmanlike and ethical behaviors in and around all athletic contests. All contests must be safe, courteous, fair, controlled and orderly for all athletes and fans alike.

It is the intent of the CIF that violence, in any form, not be tolerated. In order to enforce this policy, the Central Section has established rules and regulations which set forth the manner of enforcement and of this policy and the penalties incurred when violation of the policy occurs. The rules and regulations shall focus upon the responsibility of the coach to teach and demand high standards of conduct and to enforce the rules and regulations set forth by CIF.

The Central Section requires the following Code of Ethics be issued **each year** and requires signing by student athletes, parent/guardian and coaches prior to participation as a guide to govern their behavior.

II. Code of Ethics

- To emphasize the proper ideas of sportsmanship, ethical conduct and fair play.
- To eliminate all possibilities which tend to destroy the best values of the game.
- To stress the values derived from playing the game fairly.
- To show cordial courtesy to visiting teams and officials.
- To establish a happy relationship between visitors and host.
- To respect the integrity and judgment of sports officials.
- To achieve a thorough understanding and acceptance of the rules of the game and the standards of eligibility.
- To encourage leadership, use of initiative and good judgment by the players on a team.
- To recognize that the purpose of athletics to promote the physical, mental, moral, social and emotional well-being of the individual players.
- To remember that an athletic contest is only a game, not a matter of life and death for player, coach, school, official, fan or nation.

I have read and I understand the Policy Statement, the Code of Ethics and the violations and Minimum Penalties of the "Ethics in Sports" policy. I agree to abide by the policy and related consequences while participating in interscholastic athletics, regardless of context, site or jurisdiction. I further agree not to use drugs, alcohol, steroids or other performance enhancing drugs while in high school.

ATHLETE

<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
Student Signature	Printed Name	Date

<div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
Parent Signature	High School

COACHING STAFF

Coach

Site Administrator



III. Violations and Minimum Penalties Act

- First ejection of player or coach from a contest or SCRIMMAGE for unsportsmanlike conduct.
- Second ejection of a player or coach from a contest during the same season of sport for unsportsmanlike conduct.
- Third ejection of a player or coach from a contest during the same season of sport for unsportsmanlike conduct.
- Any players that leave the “bench” area to begin a confrontation or leave these areas during an altercation.
- When players leave the bench area to begin a confrontation or leave the bench area during an altercation and in the opinion of the officials, the situation is out of control.
- Illegal participation in next contest by player ejected in previous contest.
- Illegal placement of ejected player or illegal participation by coach ejected in previous contest.
- Any acts of a more serious nature by individuals or teams or situations not specifically covered by this policy or the Constitution or Governing Rules.
- If act occurs in CIF Section Finals and both teams are charged with a forfeit.

IV. Penalties

- Ineligible for the next CIF contest (league, non-league, tournament, invitational, playoff, etc., scrimmage excluded). The next contest could be the second game of a doubleheader or even the next season of sport. Athletes competing in concurrent sports would be ineligible for both sports.
- Ineligibility for next two CIF contests as above will carry over the next season of sport
- Ineligibility for all CIF contests for one calendar year (365 days). Any appeal must go through the CIF Eligibility Committee
- Ejection from the contest for those players designated by officials. The contest may be terminated by the officials. One or both teams may forfeit the contest.
- Contest stopped, ejection from the contest for those players designated by the officials. The team(s) that left the bench area must forfeit contest, record a loss, and the team(s) and players will be put on probationary status for the balance of the season. A second similar infraction during the season of sport will result in cessation of the sport for the team(s) and/or players. If the act occurs at the end of the season, the probationary period will extend to the next year’s season of sport. Any appeal would have to be made to the CIF Executive Board.
- Ineligibility for remainder of season for player. Forfeiture of contest.
- Constitution and sport governing rules and procedures for a coach who knowingly violates CIF or Section Rules.
- Area Commissioner may determine and implement penalties for individuals and teams not otherwise specified by CIF Central Section Constitution and Bylaws.
- After deliberation by the CIF and a double forfeit is in order, there will be no champion.
- An ejected coach must leave the site of the contest. The coach may have no contact with his/her team from that point on. If there is no certified replacement for the coach, the contest is halted and the game is forfeited. The coach must also sit out the next contest and cannot attend the contest or have any contact with the team during the contest. The coach may be allowed to participate in practices on days other than the day of the contest.
- An ejected player may stay on the bench for the remainder of the contest for supervision reasons. Further disruption by ejected players may force them to be removed from the site. This could lead to a forfeit. Players ejected must sit out the next contest, but may sit on the bench in street clothes.

Appeals Procedure — First and Second Ejection

Unless otherwise specified, an appeal of the ineligibility of a player or coach may be made , in writing, to the player or coach’s site administrator. The site administrator or his/her designee’s decision on his/her athlete or coach shall be final and shall be conveyed to the site administrator of the school(s) involved, to the president of the league(s) involved and the CIF Area and Section Commissioner.



V. Physical Assault

CIF State Constitution, Article 5, Section 522. Any student who physically assaults the person of a game or event official shall be banned from interscholastic athletics for the remainder of the student's eligibility. A game or event official is defined as a referee, umpire or any other official assigned to interpret or enforce rules competition at an event. A student may, after a lapse of 18 calendar months from the date of the incident, apply for reinstatement of eligibility to the State CIF Commissioner. For this document, the Central Section also includes coaches, administrators or other school personnel assigned to the contest or games as a game official.



Kern High School District
RISK ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT TO PARTICIPATE FORM

NOTICE: THE PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE ALL BLANKS. PLEASE PRINT CLEARLY.

Athlete's Name: _____ Date of Birth _____

My child wishes to participate in Athletics/Sports for the Kern High School District sports program during the _____ (Year) Season.

I am aware that participating in any sport can be dangerous to my child's health. I am also aware that participating in any sport also involves MANY RISKS OF INJURY. I understand that the dangers and risks of participation in any sport include a full range of injuries, from the very minor to the very severe, and in very rare cases, the loss of life.

I realize that the protective equipment and padding used in the sport, the safety rules and procedures, the coaching instruction received and the sports medicine care provided to athletes will not guarantee safety or prevent all possible injuries.

I agree to accept these risks as a condition of my child's participation in the sports program.

Because of the dangers and risks of participating in sports, I recognize the importance of my child following the coaches' instruction regarding playing techniques, training and team rules.

The Kern High School District and its high schools permitting my child to try out for a sports team and engaging in all participation activities relating to that team, as well as traveling, I agree to assume all the risks associated with my child's participation in the sport. I agree to hold the Kern High School District, its employees, agents, representatives, medical personnel, managers, coaches, trainers, staff and volunteers, collectively and individually, harmless from any and all liability and claims of legal action of any kind which may arise in connection with my child's participation in any activities of _____ High School and/or the Kern High School District athletic team(s), except for negligence. The terms of this agreement shall serve as a release and an assumption of the risks of the athletics/sports to my heirs, estate, executor, administrator, assignees and for all members of my family.

I HAVE READ THIS ENTIRE FORM AND I ACKNOWLEDGE ALL OF THE ABOVE INFORMATION.

Date: _____

Signature of Student Participant

Date: _____

Parent/Guardian Signature

**If you have any questions or concerns about this form,
please contact your Athletic Director!**



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT DISCIPLINE CODE SUMMARY

OFFICE OF ACTIVITIES/ATHLETICS

The Board of Trustees of the Kern High School District, in association with the CIF, supports a strong, wholesome interscholastic program as an integral part of the educational process for students attending high schools. Each student athlete is required to adhere to the rules and regulations of the California Interscholastic Federation and to the Kern High School District Athletic Control Code.

Each parent/guardian and student athlete must sign and return this letter to the finance office, indicating that each has read the summarized regulations. A COMPLETE COPY OF THE ATHLETIC AND ACTIVITY CONTROL CODE IS AVAILABLE AT YOUR SON'S/DAUGHTER'S HIGH SCHOOL UPON REQUEST.

SCHOLASTIC ELIGIBILITY

1. The student is currently enrolled in at least 25 semester periods of work.
2. The student has maintained during the previous grading period a minimum of 2.0 G.P.A. in all enrolled courses.
 - a. No more than one (1) service type class with no more than five (5) semester periods of credit can be included in the classes counted for eligibility in any one grading period.

REGULATIONS GOVERNING STUDENTS ON AND OFF SCHOOL CAMPUSES

1. **ALCOHOLIC BEVERAGES**
Use or possession of alcoholic beverages by a student is prohibited at any time during the school year.
2. **TOBACCO**
Use or possession of tobacco in any form by a student is prohibited at any time during the school year.
3. **DRUGS, NARCOTICS**
Use, possession, sale, or distribution of any illegal drugs (marijuana, cocaine, etc.), drug paraphernalia, or controlled substance (steroids, etc.) (unless prescribed by a licensed physician) is prohibited during the calendar year.
4. **CIVIL OR CRIMINAL OFFENSE**
Involvement in an offense classified as a felony or misdemeanor that threatens the discipline of the team, the welfare of or the educational functions of the school is prohibited during the calendar year.
5. **WILLFUL OR RECKLESS CONDUCT**
Willful or reckless conduct which results in, or is likely to result in bodily injury or damage to person or real property is forbidden during the calendar year insofar as such conduct threatens the discipline and welfare of the school.

A student found guilty of violating regulations 1 & 2, as outlined above, will forfeit all athletic privileges for a period of nine (9) regular athletic school weeks. If a student is found in violation of 4 or 5, as outlined above, he/she will forfeit all athletic privileges for a period of not less than nine (9) nor more than eighteen (18) regular athletic school weeks. If a student is found in violation of 3, above, he/she will automatically forfeit the privilege of participating in athletics for a period of eighteen (18) regular athletic school weeks. Second and third violations of the regulations will result in period of ineligibility of up to one year. First time offenders of tobacco and alcohol have an alternative program available. Selection of the alternative program could shorten the suspension period. See your athletic director for information.

Warning: Football players are NOT to use helmets to butt, ram or spear an opposing player. This is in violation of the football rules, and such use can result in severe head or neck injuries, paralysis or death to you and possible injury to your opponent. No helmet can prevent all head or neck injuries a player might receive while participating in football.

NAME OF STUDENT (PRINT) _____ STUDENT ID# _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE

STUDENT'S SIGNATURE DATE





AB 25 (Concussion Information Form)

What can happen if my child keeps on playing with a concussion or returns too soon?

Athletes with the signs and symptoms of concussion should be removed from play immediately. Continuing to play with the signs and symptoms of a concussion leaves the young athlete especially vulnerable to greater injury. There is an increased risk of significant damage from a concussion for a period of time after that concussion occurs, particularly if the athlete suffers another concussion before completely recovering from the first one. This can lead to prolonged recovery, or even to severe brain swelling (second impact syndrome) with devastating and even fatal consequences. It is well known that adolescent or teenage athlete will often under report symptoms of injuries. And concussions are no different. As a result, education of administrators, coaches, parents and students is the key for student-athlete's safety.

If you think your child has suffered a concussion

Any athlete even suspected of suffering a concussion should be removed from the game or practice immediately. No athlete may return to activity after an apparent head injury or concussion, regardless of how mild it seems or how quickly symptoms clear, without medical clearance. Close observation of the athlete should continue for several hours. The new CIF Bylaw 313 now requires implementation of long and well-established return to play concussion guidelines that have been recommended for several years:

“A student-athlete who is suspected of sustaining a concussion or head injury in a practice or game shall be removed from competition at that time and for the remainder of the day.”

and

“A student-athlete who has been removed may not return to play until the athlete is evaluated by a licensed health care provider trained in the evaluation and management of concussion and received written clearance to return to play from that health care provider”.

You should also inform your child's coach if you think that your child may have a concussion, remember it's better to miss one game than miss the whole season. And when in doubt, the athlete sits out.

For current and up-to-date information on concussions you can go to:

<http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Student-Athlete Name Printed

Student-Athlete Signature

Date

Parent or Legal Guardian Printed

Parent or Legal Guardian Signature

Date





Concussion Return to play form
This form also must be accompanied by the ACE form

CALIFORNIA INTERSCHOLASTIC FEDERATION CENTRAL SECTION
Counties: Fresno Kern Kings Madera Tulare

313. CONCUSSION PROTOCOL

A student-athlete who is suspected of sustaining a concussion or head injury in a practice or game shall be removed from competition at that time for the remainder of the day. A student-athlete who has been removed from play may not return to play until the athlete is evaluated by a licensed health care provider trained in education and management of concussion and receives written clearance to return to play from that health care provider.

(Approved May 2010 Federated Council)

Q: What is meant by “licensed health care provider?”

A: The “scope of practice” for licensed health care providers and medical professionals is defined by California state statues. This scope of practice will limit the evaluation to a medical doctor (MD) or doctor of osteopathy (DO)

Date: _____

I have examined _____ and feel he/she is fit to return to athletic practice/competition following his/her concussion, per CIF bylaw 313.

Print Name _____ Signature _____



CONCUSSION

A Fact Sheet for Student-Athletes

WHAT IS A CONCUSSION?

A concussion is a brain injury that:

- Is caused by a blow to the head or body.
 - From contact with another player, hitting a hard surface such as the ground, ice or floor, or being hit by a piece of equipment such as a bat, lacrosse stick or field hockey ball.
- Can change the way your brain normally works.
- Can range from mild to severe.
- Presents itself differently for each athlete.
- Can occur during practice or competition in ANY sport.
- Can happen even if you do not lose consciousness.

HOW CAN I PREVENT A CONCUSSION?

Basic steps you can take to protect yourself from concussion:

- Do not initiate contact with your head or helmet. You can still get a concussion if you are wearing a helmet.
- Avoid striking an opponent in the head. Undercutting, flying elbows, stepping on a head, checking an unprotected opponent, and sticks to the head all cause concussions.
- Follow your athletics department's rules for safety and the rules of the sport.
- Practice good sportsmanship at all times.
- Practice and perfect the skills of the sport.

WHAT ARE THE SYMPTOMS OF A CONCUSSION?

You can't see a concussion, but you might notice some of the symptoms right away. Other symptoms can show up hours or days after the injury. Concussion symptoms include:

- Amnesia.
- Confusion.
- Headache.
- Loss of consciousness.
- Balance problems or dizziness.
- Double or fuzzy vision.
- Sensitivity to light or noise.
- Nausea (feeling that you might vomit).
- Feeling sluggish, foggy or groggy.
- Feeling unusually irritable.
- Concentration or memory problems (forgetting game plays, facts, meeting times).
- Slowed reaction time.

Exercise or activities that involve a lot of concentration, such as studying, working on the computer, or playing video games may cause concussion symptoms (such as headache or tiredness) to reappear or get worse.

WHAT SHOULD I DO IF I THINK I HAVE A CONCUSSION?

DON'T HIDE IT. Tell your athletic trainer and coach. Never ignore a blow to the head. Also, tell your athletic trainer and coach if one of your teammates might have a concussion. Sports have injury timeouts and player substitutions so that you can get checked out.

REPORT IT. TELL YOUR COACH – TELL YOUR PARENTS! Do not return to participation in a game, practice or other activity with symptoms. The sooner you get checked out, the sooner you may be able to return to play.

GET CHECKED OUT. Your team physician, athletic trainer, or health care professional can tell you if you have had a concussion and when you are cleared to return to play. A concussion can affect your ability to perform everyday activities, your reaction time, balance, sleep and classroom performance.

TAKE TIME TO RECOVER. If you have had a concussion, your brain needs time to heal. While your brain is still healing, you are much more likely to have a repeat concussion. In rare cases, repeat concussions can cause permanent brain damage, and even death. Severe brain injury can change your whole life.



**IT'S BETTER TO MISS ONE GAME THAN THE WHOLE SEASON.
WHEN IN DOUBT, GET CHECKED OUT.**

For more information and resources, visit www.cifstate.org/health_safety/ & www.cdc.gov/concussion/



Acute concussion evaluation (Ace)

care Plan

Gerard Gioia, PhD¹ & Micky Collins, PhD²

¹Children's National Medical Center

²University of Pittsburgh Medical Center

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____

Date: _____ ID/MR #: _____

Date of Injury: _____

You have been diagnosed with a concussion (also known as a mild traumatic brain injury). This personal plan is based on your symptoms and is designed to help speed your recovery. Your careful attention to it can also prevent further injury.

Rest is the key. You should not participate in any high risk activities (e.g., sports, physical education (PE), riding a bike, etc.) if you still have any of the symptoms below. It is important to limit activities that require a lot of thinking or concentration (homework, job-related activities), as this can also make your symptoms worse. If you no longer have any symptoms and believe that your concentration and thinking are back to normal, you can slowly and carefully return to your daily activities. Children and teenagers will need help from their parents, teachers, coaches, or athletic trainers to help monitor their recovery and return to activities.

Today the following symptoms are present (circle or check). _____ No reported symptoms

Physical		Thinking	Emotional	Sleep
Headaches	Sensitivity to light	Feeling mentally foggy	Irritability	Drowsiness
Nausea	Sensitivity to noise	Problems concentrating	Sadness	Sleeping more than usual
Fatigue	Numbness/Tingling	Problems remembering	Feeling more emotional	Sleeping less than usual
Visual problems	Vomiting	Feeling more slowed down	Nervousness	Trouble falling asleep
Balance Problems	Dizziness			

RED FLAGS: Call your doctor or go to your emergency department if you suddenly experience any of the following			
Headaches that <u>worsen</u>	Look <u>very</u> drowsy, can't be awakened	Can't <u>recognize</u> people or places	Unusual behavior change
Seizures	<u>Repeated</u> vomiting	Increasing confusion	Increasing irritability
Neck pain	Slurred speech	Weakness or numbness in arms or legs	Loss of consciousness

Return to Daily Activities

1. Get lots of rest. Be sure to get enough sleep at night- no late nights. Keep the same bedtime weekdays and weekends.
2. Take daytime naps or rest breaks when you feel tired or fatigued.
3. **Limit physical activity as well as activities that require a lot of thinking or concentration. These activities can make symptoms worse.**
 - Physical activity includes PE, sports practices, weight-training, running, exercising, heavy lifting, etc.
 - Thinking and concentration activities (e.g., homework, classwork load, job-related activity).
4. Drink lots of fluids and eat carbohydrates or protein to maintain appropriate blood sugar levels.
5. **As symptoms decrease, you may begin to gradually return to your daily activities. If symptoms worsen or return, lessen your activities, then try again to increase your activities gradually.**
6. During recovery, it is normal to feel frustrated and sad when you do not feel right and you can't be as active as usual.
7. Repeated evaluation of your symptoms is recommended to help guide recovery.

Returning to School

1. If you (or your child) are still having symptoms of concussion you may need extra help to perform school-related activities. As your (or your child's) symptoms decrease during recovery, the extra help or supports can be removed gradually.
2. Inform the teacher(s), school nurse, school psychologist or counselor, and administrator(s) about your (or your child's) injury and symptoms. School personnel should be instructed to watch for:
 - Increased problems paying attention or concentrating
 - Increased problems remembering or learning new information
 - Longer time needed to complete tasks or assignments
 - Greater irritability, less able to cope with stress
 - Symptoms worsen (e.g., headache, tiredness) when doing schoolwork

This form is part of the "Heads Up: Brain Injury in Your Practice" tool kit developed by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

— SCHOOL VERSION —



Returning to School (Continued)

Until you (or your child) have fully recovered, the following supports are recommended: *(check all that apply)*

- No return to school. Return on (date) _____
- Return to school with following supports. Review on (date) _____
- Shortened day. Recommend _____ hours per day until (date) _____
- Shortened classes (i.e., rest breaks during classes). Maximum class length: _____ minutes.
- Allow extra time to complete coursework/assignments and tests.
- Lessen homework load by ____%. Maximum length of nightly homework: _____ minutes.
- No significant classroom or standardized testing at this time.
- Check for the return of symptoms (use symptom table on front page of this form) when doing activities that require a lot of attention or concentration.
- Take rest breaks during the day as needed.
- Request meeting of 504 or School Management Team to discuss this plan and needed supports.

Returning to Sports

1. **You should NEVER return to play if you still have ANY symptoms** – (Be sure that you do not have any symptoms at rest and while doing any physical activity and/or activities that require a lot of thinking or concentration.)
2. Be sure that the PE teacher, coach, and/or athletic trainer are aware of your injury and symptoms.
3. It is normal to feel frustrated, sad and even angry because you cannot return to sports right away. With any injury, a full recovery will reduce the chances of getting hurt again. It is better to miss one or two games than the whole season.

The following are recommended at the present time:

- Do not return to PE class at this time
- Return to PE class
- Do not return to sports practices/games at this time
- Gradual** return to sports practices under the supervision of an appropriate health care provider (e.g., athletic trainer, coach, or physical education teacher).
 - Return to play should occur in gradual steps beginning with aerobic exercise only to increase your heart rate (e.g., stationary cycle); moving to increasing your heart rate with movement (e.g., running); then adding controlled contact if appropriate; and finally return to sports competition.
 - Pay careful attention to your symptoms and your thinking and concentration skills at each stage of activity. Move to the next level of activity only if you do not experience any symptoms at the each level. If your symptoms return, let your health care provider know, return to the first level, and restart the program gradually.

Gradual Return to Play Plan

1. No physical activity
2. Low levels of physical activity (i.e., *symptoms do not come back during or after the activity*). This includes walking, light jogging, light stationary biking, light weightlifting (lower weight, higher reps, no bench, no squat).
3. Moderate levels of physical activity with body/head movement. This includes moderate jogging, brief running, moderate- intensity stationary biking, moderate-intensity weightlifting (reduced time and/or reduced weight from your typical routine).
4. Heavy non-contact physical activity. This includes sprinting/running, high-intensity stationary biking, regular weightlifting routine, non-contact sport-specific drills (in 3 planes of movement).
5. Full contact in controlled practice.
6. Full contact in game play.

*Neuropsychological testing can provide valuable information to assist physicians with treatment planning, such as return to play decisions.

This referral plan is based on today's evaluation:

- Return to this office. Date/Time _____
- Refer to: Neurosurgery Neurology _____ Sports Medicine _____ Psychiatrist _____ Psychiatrist _____ Other _____
- Refer for neuropsychological testing _____
- Other _____

ACE Care Plan Completed by: _____ © Copyright G. Gioia & M. Collins, 2006





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT

FOOTBALL INSURANCE VERIFICATION

The California Education Code requires insurance coverage in the amount of at least \$1,500 for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injury to members of any athletic team injured while participating in, or practicing for, interschool athletic events, or while being transported to and from such athletic events.

The law to include any student who travels to and performs duties in connection with the team or athletic event defines athletic team members.

I hereby verify that there is personal health insurance held on behalf of _____, a
Name of Student
student at _____ High School, Kern High School District, an insurance
policy in an amount equal to greater than that required by the California Education Code Sections 32220-
24 and 35330-31 for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injury while
participating in or practicing for interschool athletic events or while being transported to and from such
athletic events.

My \$1,500 accidental bodily injury policy number & name of Insurance Company (not the agent) is:

Policy #

Name of Insurance Company

Note: Your attention is directed to the fact that many insurance policies exclude tackle football.
PLEASE READ YOUR POLICY. YOU MAY NEED ADDITIONAL INSURANCE. I also agree to indemnify and hold harmless Kern High School District from any and all responsibility or liability arising out of or in any way related to the requirement under the aforementioned code section to provide insurance coverage for the above named student.

Date

Signature of Parent/Guardian

Telephone Number

Address

- YES, I wish to purchase additional insurance through the school**
 NO, I have private insurance, listed above, and do not wish to purchase additional insurance

Medical Authorization

To Whom It May Concern:

I, the undersigned being the parent or legal guardian of _____, do
Name of student

hereby grant to any hospital, emergency center, doctor, nurse, and/or paramedic authorization to grant treatment to my child, when accompanied by or escorted to the treating facility by a teacher, coach, teacher's aide, Principal, or any member of the district board of education.

Further, should the attending physician determine after examination that life-saving surgery or other life-saving procedures may be necessary; permission is hereby extended to the above parties to grant same.

Additionally, I agree to hold harmless such personnel and Kern High School District board of education by my action of granting said permission.

Signature of Parent/Guardian





Paquete de Autorización para Actividades Atléticas

Distrito Escolar de Secundarias de Kern

Las siguientes formas deben llenarse **claramente** y **completamente**. Los estudiantes no podrán participar hasta que TODAS las formas estén completadas y entregadas a la oficina de Atletismo de la Secundaria de (INSERT), verificadas y le hagan expedido una cartilla de autorización.

Lista de:

- _____ **Elegibilidad Académica**
Promedio de 2.0, Aprobado 4 clases, 20 unidades, pero debe estar matriculado en 5 clases, 25 unidades
- _____ **Forma de Exanimación Física**
Completado por un doctor medico (MD) o un doctor de osteopatía (DO) por A.R. 6145.5
- _____ **Tarjetas de Emergencia**
Favor de llenar cada sección y proveer el Hospital Preferido. Todas las 3 cartas deben tener la firma del padre.
- _____ **Política de Acuerdo del Uso de Esteroides**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Ética en Deportes**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Forma de Acuerdo de Riesgos/Consentimiento de Participación**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Resumen de Código de Disciplina**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Forma de Acuerdo de Conmoción**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Forma de Seguro Medico de Futbol Americano**
Firmas del Estudiante y Padre
- _____ **Condición de Participación** *(site specific)*
Firmas del Estudiante y Padre

Deporte	Promedio/Dinero Debido	Fecha de Autorización
Otoño _____	_____ / _____	Otoño _____
Invierno _____	_____ / _____	Invierno _____
Primavera _____	_____ / _____	Primavera _____



PHYSICAL EXAMINATION FORM FOR STUDENTS

Name _____ UID # _____
 Grade _____ Birth Date _____ Sex _____
 Father _____ Mother _____
 Address _____

Medical history to include: rheumatic fever, tuberculosis, epilepsy, allergies, operations, serious illnesses, congenital defects and menstrual disturbances:

Has your son/daughter had a concussion? Yes No

If so, how many? _____ Date of Last concussion _____

Immunization Recommendations:

Physical Examination	Check			Additional Remarks
	N	A	NE	
Normal, Abnormal, Not Examined	N	A	NE	
General Weight & Nutrition				
General Appearance				
Skin (Acne, Tinea, Dermatitis)				
Eyes (Conjunctivae, Cornea, EOM)				
Ears (Perforations, Deafness)				
Nose (Allergy, Deformities)				
Teeth (Cavities, Gingivitis, Occlusion)				
Tonsils				
Lymph Nodes				
Chest (Deformities)				
Lungs				
Heart (Size, Murmur, Rhythm)				
Breast				
Abdomen				
Hernias				
Genitalia				
Back (Kyphosis, Lordosis, Scoliosis)				
Skelton (Limited Motion, Deformities)				
Feet (Flat, Pronated, Tinea)				

Urinalysis: Sugar _____ Albumin _____ Blood Pressure _____ Ht. _____ Wt. _____

This student may participate in:

Competitive Sports Yes _____ No _____
 Regular Physical Education Yes _____ No _____
 Limited P.E. Only Yes _____ Duration _____

Physician's Signature

Date: _____

 Type or print physician's name

 License Number

**PHYSICALS FROM A CHIROPRACTOR
 ARE NOT VALID FOR ATHLETIC CLEARANCE**





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____
 I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
 (Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Previous Sport _____

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
 Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____
 I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
(Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT
PARENT MEDICAL CONSENT/ATHLETIC PARTICIPATION
(Allows your student athlete to compete in sports and receive medical attention if needed.)

Student Name: _____ UID # _____ Grade: 9 10 11 12 **Sport:** _____

Parent's Name: _____ Home Phone: _____

Student's Date of Birth: _____ Male/Female Work Phone: _____
Month Day Year (Circle One)

In the events the parents cannot be contacted, please list another person to call:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ POLICY # _____

LIST ANY MEDICATIONS/ALLERGIES: _____

I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE ABOVE NAMED STUDENT TO RECEIVE NECESSARY EMERGENCY MEDICAL TREATMENT IF HE/SHE IS INJURED OR ILL WHILE PARTICIPATING ON A KHSD ATHLETIC TEAM.

PARENT SIGNATURE

DATE _____





Escriba con letra de molde el Nombre del Estudiante-Atleta: _____

Como condición de membresía en el CIF, todas las escuelas tienen que adoptar políticas que prohíban el uso y el abuso de esteroides androgénicos/anabólicos. Todas las escuelas miembros deben tener el acuerdo de los estudiantes participantes y sus padres, guardián/tutor legal que el atleta no usará esteroides sin la receta escrita de un médico colegiado (reconocido por el AMA) para tratar una condición médica (Estatuto 524).

Al firmar abajo, ambos el estudiante-atleta participante y los padres, guardián/tutor legal por la presente aceptan que el estudiante no usará esteroides androgénicos/anabólicos sin la receta escrita de un médico colegiado (reconocido por el AMA) para tratar una condición médica. También reconocemos que bajo el Estatuto de CIF200.D., podría haber penalidades por información falsa o fraudulenta. También entendemos que la política del Distrito Escolar de Secundarias de Kern acerca del uso de drogas ilegales será enforzado por cualquier violación de estas reglas.

Firma del Estudiante

 Fecha

Firma del Padre

 Fecha





Federación Inter-escolástica de California

Sección Central

P.O. Box 1567 Porterville, CA 93258

Teléfono (559)781-7586 Fax (559)781-7033

ÉTICA EN DEPORTES

I. Declaración de Política

La Sección Central, CIF está comprometida a la exhibición de comportamiento deportivo y ético en y alrededor de cualquier competencia atlética. Todas las competencias deben ser seguras, cortes, justas, controladas y ordenadas por igual para todos los atletas y fanáticos.

Es el intento de la CIF que la violencia, en cualquier forma, no será tolerada. A fin de en forzar esta política, la Sección Central ha establecido reglas y regulaciones que exponen la manera de implementación de esta política y las penalidades acarreadas cuando ocurre violación de estas políticas. Las reglas y regulaciones se enfocarán en la responsabilidad del entrenador de enseñar y exigir altos estándares de conducta y hacer respetar las reglas y regulaciones fijadas por el CIF.

La Sección Central requiere que los siguientes Códigos de Ética sean emitidos **cada año** y requiere la firma del estudiante atleta, padre/guardián y entrenadores antes de participar como una guía para gobernar su comportamiento.

II. Código de Ética

- Enfatizar las ideas propias de deportes, conducta ética y jugar justamente.
- Eliminar todas las posibilidades las cuales tienden a destruir los mejores valores del juego.
- Estresar los valores derivados de jugar el juego justamente.
- Mostrar cortesía cordial a los equipos y oficiales que están de visita.
- Establecer una relación feliz entre los equipos y los oficiales.
- Respetar la integridad y criterio de los oficiales deportivos.
- Lograr a través de entendimiento y aceptación las reglas del juego y los estándares e elegibilidad.
- Animar los miembros del equipo a tener buen juicio, uso de iniciativa y buen criterio.
- Reconocer que el propósito del atletismo a promover el bien estar físico, mental, mora, social y emocional de los jugadores individuales.
- Recordar que una competencia atleta es solo un juego, no un caso de vida o muerte para el jugador, entrenador, escuela, oficial, fanático, o nación.

He leído y entiendo la Declaración de Política, el Código de Ética y las violaciones y las Penalidades Mínimas de la política “Ética en Deportes”. Acepto el cumplir con las políticas y consecuencias relacionadas mientras participo en atletismo inter-escolástico, sin importar el contenido, sitio o jurisdicción. Además acepto a no usar drogas, alcohol, esteroides y otras drogas que aumenten mi rendimiento durante la secundaria.

ATLETA

Firma del Estudiante

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del Padre

Escuela Secundaria

ENTRENADORES

Entrenador

Administrador de Sitio



III. Acta de Violaciones y Penalidades Mínimas

- Primera expulsión del jugador o entrenador de la competencia o JUEGO DE PRÁCTICA por conducta antideportiva.
- Segunda expulsión de jugador o entrenador de una competencia durante la misma temporada de un deporte por conducta antideportiva.
- Tercera expulsión del jugador o entrenador de una competencia durante la misma temporada de un deporte por conducta antideportiva.
- Cualquier jugador que deje el área de “banca” para comenzar una confrontación o deja estas áreas durante un altercado.
- Cuando un jugador deje el área de “banca” para comenzar una confrontación o deje el área de banca durante un altercado y en la opinión de los oficiales, la situación está fuera de control.
- Participación ilegal en la próxima competición por un jugador expulsado en competencia anterior.
- Colocación ilegal de jugador expulsado o participación ilegal por un entrenador expulsado en el juego anterior.
- Cualquier acción más seria por un individual o equipos o situaciones no específicamente cubiertas por esta política o la Constitución o las Reglas Gobernantes.
- Si una acción ocurre en las Finales de la Sección CIF y ambos equipos son acusados con una pérdida.

IV. Castigos

- Inelegible para la próxima competencia CIF (asociación, no-asociación, torneo, por invitación, eliminatoria, etc., juego de practica incluido). La próxima competencia puede ser el segundo juego de un encuentro consecutivo entre los mismos equipos o también el deporte de la próxima temporada. Los atletas compitiendo en deportes concurrentes serán inelegibles para ambos deportes.
- Inelegible para las siguientes dos competencias CIF mencionadas arriba continuarán para la próxima temporada del deporte.
- Inelegible para todas las competencias CIF por un año calendario (365 días). Cualquier apelación debe pasar mediante el Comité de Elegibilidad
- Expulsión de una competencia para esos jugadores designados por los oficiales. La competencia puede ser terminada por los oficiales. Uno o ambos equipos pueden perder la competencia.
- La competencia se parará, expulsión de las competencias para esos jugadores designados por los oficiales. El equipo que dejó el área de banca automáticamente perderá, se archivará una pérdida, y el equipo y los jugadores serán puestos en un periodo de prueba por el resto de la temporada. Una segunda infracción similar durante la temporada del deporte resultará en una discontinuación del deporte para el equipo y/o jugadores. Si el acto ocurre al final de la temporada, el periodo de prueba será extendido a la temporada del deporte del próximo año. Cualquier apelación tendrá que hacerse a la Mesa Ejecutiva del CIF.
- Inelegibilidad por el resto de la temporada para el jugador. Pérdida de la competencia.
- Constitución y reglas y procedimientos de deportes gobernados para un entrenador quien a consciencia viola las reglas del CIF o sección.
- El Comisario del Área puede determinar e implementar castigos para individuales y equipos no especificados por la Constitución y Estatutos de la Sección Central de CIF.
- Después de que estén en orden las deliberaciones por el CIF y una doble pérdida técnica, no habrá un campeón.
- Un entrenador expulsado debe de irse del sitio de la competencia. El entrenador no puede tener contacto desde ese punto en adelante con su equipo. Si no hay remplazo certificado para el entrenador, la competencia se interrumpirá y el juego será una pérdida técnica. El entrenador también deberá permanecer sentado en la siguiente competencia y no puede asistir a la competencia o tener contacto con el equipo durante la competencia. El entrenador puede ser permitido a participar en días de práctica aparte del día de la competencia.
- Un jugador expulsado puede permanecer en la banca por el resto de la competición por razones de supervisión. Otras interrupciones por los jugadores expulsados puede forzar a que ellos sean removidos del sitio. Esto puede ser causa a una pérdida técnica. Los jugadores expulsados deben de permanecer sentados en la siguiente competición, pero debe sentarse en la banca con ropa regular.

Procedimiento de Apelaciones — Primera y Segunda Expulsión

A menos que se especifique lo contrario, una apelación de la inelegibilidad de un jugador o entrenador puede hacerse, en escrito, al administrador del sitio del jugador o entrenador. El administrador del Sitio o la decisión de su designado tocante a su atleta o entrenador será final y debe hacerse llegar al administrador de sitio de la(s) escuela(s) involucradas, al presidente de la(s) asociación(es) involucradas y al Comisionado del Área y Sección de CIF.



V. Asalto Físico

La Constitución de CIF del Estado, Artículo 5, Sección 522. A cualquier estudiante quien asalta físicamente a la persona en un juego u oficial del evento se le prohibirá los deportes inter-escolásticos por el resto de la elegibilidad del estudiante. Un juego u oficial del evento se define como un réferi, árbitro o cualquier otro oficial asignado para interpretar o hacer cumplir las reglas de competencia en un evento. Un estudiante puede, después de un plazo de 18 meses calendarios de la fecha del incidente, aplicar para una restitución de elegibilidad al Comisionado CIF del Estado.

Para este documento, la Sección Central también incluye a entrenadores, administradores u otro personal escolar asignado para las competencias o juegos como un juego oficial.



Distrito Escolar de Secundarias de Kern
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

AVISO: EL PADRE/GUARDIÁN DEBE DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS. FAVOR DE ESCRIBIR LEGIBLEMENTE.

Nombre del Atleta: _____ Fecha de Nacimiento _____

Mi hijo quiere participar en Atletismo/Deportes en los programas de deportes del Distrito Escolar de Secundarias de Kern durante la temporada (Año) _____.

Estoy consciente que participar en cualquier deporte puede ser peligroso para la salud de mi hijo. También estoy consciente que participar en cualquier deporte trae consigo MUCHOS RIESGOS DE LASTIMADURAS. Entiendo que los peligros y riesgos al participar en cualquier deporte incluyen una escala muy grande de lastimaduras, desde la más menor a la más severa, y en raros casos, hasta la muerte.

Comprendo que el equipo de protección y almohadillas usadas en el deporte, las reglas y procedimientos de seguridad, las instrucciones recibidas por un entrenador y el cuidado médico de deportes proveído a los atletas no garantiza su seguridad o previene todas las lastimaduras posibles.

Estoy de acuerdo en aceptar estos riesgos como condición de la participación de mi hijo en el programa de deportes.

A causa del peligro y riesgos de participar en deportes, reconozco la importancia de que mi hijo siga las instrucciones del entrenador en cuanto a las técnicas del juego, entrenamiento y reglas del equipo.

El Distrito Escolar de Secundarias de Kern y sus escuelas permitiendo que mi hijo intente jugar para un equipo de deporte y esté involucrado en todas las actividades de participación relacionadas con el equipo, al igual que viajar, estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con la participación de mi hijo en el deporte. Acepto exonerar al Distrito Escolar de Secundarias de Kern, sus empleados, agentes, representantes, personal médico, manejadores, entrenadores, personal y voluntarios, colectivamente o individualmente, de cualquier y toda responsabilidad y demandas de acción legal de cualquier tipo las cuales pueden surgir en conexión con la participación de mi hijo en cualquier actividad de la Escuela Secundaria _____ y/o al equipo (s) de deportes del Distrito Escolar de Secundarias de Kern, excepto por negligencia. Los términos de este acuerdo pueden servir como autorización y una suposición de los riesgos de atletismo/deportes para mis sucesores, patrimonio, ejecutor, administrador, asignados y todos los miembros de mi familia.

HE LEÍDO TODO EL FORMULARIO Y RECONOZCO TODA LA INFORMACIÓN DE ARRIBA.

Fecha: _____

Firma del Estudiante Participante

Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca de esta forma, ¡favor de contactar a su Director de Atletismo!



RESUMEN DE CODIGO DE DICIPLINA DEL DISTRITO ESCOLAR DE SECUNDARIAS DE KERN

OFICINA DE ACTIVIDADES/ATLETISMO

La mesa directiva del consejo del Distrito Escolar de Secundarias de Kern, en asociación con el CIF, apoya a un programa inter-escolástico sano como parte integral del proceso educativo para estudiantes asistiendo a las secundarias. Cada estudiante atleta es requerido a seguir las reglas y reglamentos de la Federación Inter-escolástica de California y el Código de Control de Atletismo del Distrito Escolar de Secundarias de Kern.

Cada padre/guardián y estudiante atleta debe firmar y regresar esta carta a la oficina de finanzas, indicando que cada uno ha leído las regulaciones resumidas. UNA COPIA COMPLETA DEL CODIGO DE CONTROL DE ATLETISMO Y ACTIVIDAD ESTÁ A SU DISPOSICIÓN DISPONIBLE EN LA ESCUELA DE SU HIJO/A.

ELEGIBILIDAD ESCOLASTICA

- 1. El estudiante está matriculado en por lo menos 25 periodos de semestre de trabajo.
- 2. El estudiante ha mantenido durante los periodos de calificación anteriores un promedio mínimo de 2.0 en todos los cursos matriculados.
 - a. No más de un (1) clase de tipo de servicio con no más de cinco (5) periodos de semestre de crédito pueden ser incluidos en las clases contadas para elegibilidad en cualquier periodo de calificación.

REGLAMENTOS GUBERNATIVOS DE ESTUDIANTES DENTRO Y FUERA DE LOS PLANTELES ESCOLARES

- 1. **BEBIDAS ALCOHOLICAS**
Uso o posesión de bebidas alcohólicas por un estudiante es prohibido en cualquier tiempo durante el año escolar.
- 2. **TOBACO**
Uso o posesión de tabaco en cualquier forma por un estudiante es prohibido en cualquier tiempo durante el año escolar.
- 3. **DROGAS, NARCOTICOS**
Uso, posesión, venta, o distribución de cualquier droga ilegal (marihuana, cocaína, etc.), parafernalia de drogas, o sustancias controladas (esteroides, etc.) (a no ser que sea recetada por un medico colegiado) es prohibido durante el año calendario.
- 4. **OFENSA CIVIL O CRIMINAL**
Involucrarse en una ofensa clasificada como un delito grave o delito menor que amenaza la disciplina del equipo, el bien estar o las funciones educativas de la escuela está prohibido durante el año calendario.
- 5. **CONDUCTA DELIBERADA O IMPRUDENTE**
Conducta deliberada o imprudente la cual resulta en, o que sea probable que resulte en lesiones corporales o daños a una persona o propiedad inmobiliaria es prohibida durante el año calendario en lo que tal conducta amenaza la disciplina y bien estar de la escuela.

Si a un estudiante se le encuentra culpable de violar los reglamentos 1 & 2, como se define arriba, perderá el derecho a todos los privilegios atléticos por un periodo de nueve (9) semanas atléticas regulares de escuela. Si un estudiante se le encuentra en violación de 4 o 5, como se define arriba, él/ella perderá todos los privilegios atléticos por un periodo no menos de nueve (9) o no más de dieciocho (18) semanas regulares atléticas de escuela. Si un estudiante se le encuentra en violación del 3, arriba, él/ella automáticamente perderá el privilegio de participar en atletismo por un periodo de dieciocho (18) semanas atléticas regulares de escuela. Las segunda y tercera violaciones de los reglamentos resultará en un periodo de inelegibilidad hasta un año. Infractores por primera vez de tabaco y alcohol tienen un programa alternativo disponible. Seleccionar el programa alternativo podrá reducir el periodo de suspensión. Vea al director atlético para información.

Advertencia: Jugadores de futbol Americano NO deben usar cascos para topetar, estrellarse o lanzar a un jugador del equipo opuesto. Esta es una violación de las reglas de futbol Americano, y tales pueden resultar en lastimaduras de cabeza o cuello severas, parálisis o muerte para ti y posible lastimadura a tu oponente. Ningún casco puede prevenir todas las lastimaduras que un jugador pueda recibir al participar en futbol americano.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE MOLDE) _____

#ID DEL ESTUDIANTE _____

[Empty box for signature]

[Empty box for signature]

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL ESTUDIANE

FECHA





AB 25 (Formulario de Información De Conmoción Cerebral)

¿Qué puede pasar si mi hijo sigue jugando con una conmoción cerebral o si regresa muy pronto?

Los atletas con señas y síntomas de conmoción cerebral deben de dejar de jugar inmediatamente. El continuar jugando con las señas y síntomas de conmoción cerebral deja al joven atleta especialmente vulnerable a lastimaduras mayores. Hay un riesgo que aumenta daños significantes de una conmoción cerebral por un periodo de tiempo después que una conmoción cerebral ocurre, particularmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera. Esto puede causar una recuperación prolongada, o hasta severa inflamación cerebral (síndrome de Segundo Impacto) con devastadoras y hasta fatales consecuencias. Es muy conocido que los atletas adolescentes usualmente mal reporten síntomas de lastimaduras.

Si usted cree que su hijo ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta sospechoso de haber sufrido una conmoción cerebral deberá ser removido del juego o de la práctica inmediatamente. Ningún atleta puede regresar a la actividad después de una aparente lastimadura en la cabeza o conmoción cerebral, no importa que leve aparente ser o que tan rápido los síntomas se aclaren, sin autorización médica. Observación de cerca del atleta debe continuar por varias horas. El nuevo estatuto 313 del CIF ahora requiere la implementación de pautas largas y bien establecidas para regresar a jugar después de una conmoción cerebral que han sido recomendadas por varios años:

“Un estudiante-atleta a quien se sospeche de haber sufrido una conmoción cerebral o lastimadura en la cabeza en una práctica o juego debe ser removido de la competencia en ese momento y por el resto del día.”

y

“Un estudiante-atleta quien ha sido removido no puede regresar a jugar hasta que el atleta sea evaluado por un proveedor colegiado de asistencia médica entrenado en la evaluación y manejo de conmociones cerebrales y recibir autorización por escrito de ese proveedor de asistencia médica para regresar a jugar.”

Usted también debe informar al entrenador de su hijo si usted cree que su hijo tenga una conmoción cerebral, recuerde es mejor faltar a un juego que faltar toda la temporada. Y cuando haiga dudas, el atleta se sienta.

Para información al corriente y más actualizada en conmociones cerebrales usted puede visitar la página web: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Nombre en letra de molde del Estudiante-Atleta

Firma del Estudiante-Atleta

Fecha

Nombre en letra de molde del Padre o Guardián Legal

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha





Formulario para Regresar a jugar después de una Conmoción Cerebral
Este formulario debe ser acompañado por la forma ACE

sección central de la Federación inter-escolástica de california

Condados: Fresno Kern Kings Madera Tulare

313. PROTOCOLO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

Un estudiante-atleta a quien se sospeche de haber sufrido una conmoción cerebral o lastimadura en la cabeza en una práctica o juego debe ser removido de la competencia en ese momento por el resto del día. Un estudiante-atleta quien ha sido removido del juego no puede regresar a jugar hasta que el atleta sea evaluado por un proveedor colegiado de asistencia médica entrenado en la evaluación y manejo de conmociones cerebrales y reciba una autorización por escrito para regresar a jugar del proveedor de asistencia médica.

(Aprobado mayo 2010 Consejo Federado)

Q: *¿Que significa “proveedor colegiado de asistencia médica?”*

A: *El “campo profesional” para proveedores colegiados de asistencia médica y profesionales médicos es definido por los estatutos del estado de California. Este campo profesional limitará la evaluación a un doctor médico (MD) o doctor de osteopatía (DO).*

Fecha: _____

He examinado a _____ y él/ella se siente en forma para regresar a las practicas/competencias atléticas después de su conmoción cerebral, por el estatuto 313 del CIF.

Nombre en letra de molde _____ Firma _____



CONMOCIÓN CEREBRAL

Una cartilla informativa para Estudiantes-Aletas

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una conmoción cerebral es una lastimadura en el cerebro que:

- Es causada por un golpe a la cabeza o cuerpo.
 - Por contacto con otro jugador, golpeándose en una superficie dura tal como el suelo, hielo o piso, o ser golpeado por un pedazo de equipo tal como un bate, raqueta de lacrosse o pelota de hockey sobre césped.
- Puede cambiar la forma de como normalmente trabaja tu cerebro.
- Puede ser entre leve a severo.
- Se presenta diferente en cada atleta.
- Puede ocurrir en CUALQUIER deporte durante práctica o competencia.
- Puede ocurrir aunque no pierda el conocimiento.

¿COMO PUEDO PREVENIR UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Pasos básicos que puedes tomar para protegerte de una conmoción:

- No comiences contacto con tu cabeza o casco. Aun puedes tener una conmoción si estas usando tu casco.
- Evita golpear a un oponente en la cabeza. Atravesarte, codos volando, pisar a la cabeza, checar a un oponente sin protección, y golpes a la cabeza todos causan conmociones cerebrales.
- Sigue las reglas de tu departamento de atletismo y las reglas del deporte.
- Practica buen espíritu deportivo todo el tiempo.
- Practica y perfecciona tus habilidades del deporte.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

No puedes ver una conmoción, pero puedes notar algunos síntomas inmediatamente. Otros síntomas se pueden notar horas o días después de la lastimadura. Síntomas de conmoción incluyen:

- Amnesia.
- Confusión.
- Dolor de cabeza.
- Perdida del conocimiento.
- Problemas de balance o mareos.
- Visión doble o borrosa.
- Sensibilidad a la luz o ruido.
- Nausea (sentir que te vas a vomitar).
- Sentirse lento, confuso o aturdido.
- Sentirse excepcionalmente irritable.
- Problemas de concentración o memoria (olvidarse de jugadas del juego, hechos, horario de juntas).
- Tiempo retrasado de reacción.

Ejercicios o actividades que envuelven mucha concentración, tales como estudiar, trabajar en una computadora, o jugar video juegos puede causar que síntomas de conmoción cerebral (tales como dolor de cabeza o cansancio) reaparezcan o empeoren.

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO TENER UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

NO LO ESCONDAS. Dile a tu entrenador auxiliar o entrenador. Nunca ignores un golpe a la cabeza. También, dile a tu entrenador auxiliar y entrenador si uno de tus compañeros podría tener una conmoción cerebral. Los deportes tienen tiempos fuera para lastimaduras y sustituciones de jugadores para que puedas ser revisado.

REPORTALO. DILE A TU ENTRENADOR – ¡DILE A TUS PADRES! No regreses a participar a un juego, práctica u otra actividad con síntomas. Lo más pronto que te revisen, lo más pronto podrás regresar a jugar.

REVISATE. Tú médico del equipo, entrenador auxiliar, o el profesional de asistencia médica pueden decirte si has tenido una conmoción cerebral y cuando tienes permiso de regresar a jugar.

TOMA TIEMPO PARA RECUPERARTE. Si has tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras tu cerebro aun está sanando, es más probable que se repita una conmoción cerebral. En raros casos, conmociones cerebrales repetidas pueden causar daños cerebrales permanentes, y hasta la muerte. Lastimaduras severas del cerebro pueden cambiar tu vida.



**ES MEJOR FALTAR A UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA.
EN CASO DE DUDA, CHEQUEATE.**

Para más información y recursos, visita a los sitios web www.cifstate.org/health_safety/ & www.cdc.gov/concussion/



Evaluación Aguda de Conmociones Cerebrales (Ace)

Plan de Cuidados

Gerard Gioia, PhD¹ & Micky Collins, PhD²

¹Centro Médico Nacional de Niños

² Centro Médico de la Universidad de Pittsburg

Nombre del Paciente: _____
FDN: _____ Edad: _____
Fecha: _____ ID/MR# _____
Fecha de Lastimadura: _____

Has sido diagnosticado con una conmoción cerebral (también conocida como una leve lastimadura de trauma del cerebro). Este plan personal está basado en tus síntomas y está diseñado para acelerar el proceso de mejoramiento. Tu atención cuidadosa también puede prevenir más lastimaduras.

Descansar es la clave. No debes participar en cualquier actividad de alto riesgo (ej., deportes, educación física (PE), pasear en bicicleta, etc.) si tienes cualquiera de los síntomas de abajo. Es importante que limites las actividades que requieran bastante concentración (tarea, actividades relacionadas con tu trabajo), ya que esto puede empeorar tus síntomas. Si ya no tienes ninguno de estos síntomas y crees que tu concentración y tu mente están listas para regresar a lo normal, entonces tú puedes muy despacio y cuidadosamente regresar a tus actividades diarias. Los niños y adolescentes necesitarán la ayuda de sus padres, maestros, y entrenadores para monitorear su recuperación y regreso a sus actividades.

Hoy los siguientes síntomas están presentes (círcula o marca)

_____ No se reportaron síntomas

Físico		Pensamiento	Emocional	Sueño
Dolores de Cabeza	Sensibilidad a la luz	Sentirse mentalmente confuso	Irritabilidad	Amodorramiento/somnolencia
Nausea	Sensibilidad al ruido	Problemas de concentración	Tristeza	Dormir más de lo normal
Cansancio	Entumecimiento/Hormigueo	Problemas de recordar	Sentirse más emocional	Dormir menos de lo normal
Problemas Visuales	Vomito	Sentirse más decaído	Nerviosismo	Problemas para dormir
Problemas de equilibrio	Mareos			

BANDERAS ROJAS: Llame a su doctor o vaya a su departamento de emergencia si usted siente cualquiera de los siguientes

Dolor de cabeza empeora	Se mira muy modorro, no se puede despertar	No puede <u>reconocer</u> a las personas o lugares	Cambio de comportamiento inusual
Ataques	Vomito <u>repetido</u>	Confusión aumenta	Aumento de Irritabilidad
Dolor de cuello	Habla de forma incoherente	Debilidad o entumecimiento en brazos o piernas	Pérdida del conocimiento

Regresar a Actividades Diarias

1. Descansa lo suficiente. Asegúrate de dormir lo suficiente en la noche – no desveladas. Mantén el mismo horario para dormir entre semana y el fin de semana.
2. Toma siestas durante el día o descansos cuando te sientas cansado o fatigado.
3. Limita la actividad física al igual que actividades que requieran mucho pensamiento o concentración. Estas actividades pueden empeorar los síntomas.
 - Actividad física incluye educación física, prácticas para deportes, entrenamiento de pesas, correr, ejercicios, levantar cosas pesadas, etc.
 - Actividades de pensamiento y concentración (ej. Tarea, trabajos de clase, actividades relacionadas con el trabajo).
4. Toma bastantes líquidos y come carbohidratos o proteína para mantener niveles apropiados de azúcar en la sangre.
5. Al disminuir los síntomas, puedes comenzar gradualmente a regresar a tus actividades diarias. Si los síntomas empeoran o regresan, disminuye tus actividades, después trata otra vez a aumentar gradualmente tus actividades
6. Durante la recuperación, es normal sentirte frustrado y triste cuando no te sientes bien y no puedes ser tan activo como de costumbre.
7. Se recomienda la evaluación repetida de tus síntomas para ayudar a guiar tu recuperación.

Regresar a la Escuela

1. Si tú(o tu hijo) aun tienen síntomas de conmoción cerebral puedes necesitar ayuda extra para hacer las actividades relacionadas con la escuela. Al disminuir tus síntomas (o los de tu hijo/a) durante la recuperación, la ayuda extra o apoyo pueden ser disminuidos gradualmente.
2. Informa al maestro(s), enfermera escolar, psicólogo escolar o consejero, y administrador(es) acerca de tus lastimaduras y síntomas (o tu hijo). Se le debe pedir al personal escolar de estar pendiente de :
 - Aumento de problemas prestar atención o concentrarse
 - Aumento de problemas para recordar o aprender información nueva
 - Más tiempo es necesario para completar los trabajos o tareas
 - Mas irritabilidad, menos habilidad para tratar con estrés
 - Síntomas empeoran (ej. Dolor de cabeza, cansancio) cuando se hace trabajo escolar

This form is part of the "Heads Up: Brain Injury in Your Practice" tool kit developed by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).



Regresar a la Escuela (Continuación)

Hasta que usted(o su hijo) se hayan recuperado por completo, los siguientes apoyos son recomendados: (checa todo lo que aplica)

- No regresar a la escuela. Regresar en (fecha) _____
- Regresar a la escuela con los siguientes apoyos. Revisar en (fecha) _____
- Día reducido. Recomendación de _____ horas por día hasta (fecha) _____
- Clases reducidas (ej. descansos durante clases). Duración máxima de clases: _____ minutos.
- Permitir tiempo extra para completar trabajos en clase/tarea y exámenes.
- Disminuye la tarea por _____%. Duración máxima de tarea diaria: _____ minutos.
- No exámenes significantes en la clase o estandarizados por el momento.
- Checa si regresan los síntomas (usa la tabla de síntomas enfrente de esta forma) cuando estás haciendo actividades que requieran mucha atención o concentración.
- Toma descansos durante el día como sean necesarios.
- Solicita una junta de 504 o con el Equipo de Manejo Escolar para discutir este plan y apoyos necesarios.

Regresar a Deportes

1. **NUNCA debes regresar a jugar si aun tienes CUALQUIER síntoma** – (Asegúrate de que no tengas síntomas cuando estas descansando o cuando estás haciendo actividades físicas y/o actividades que requieran usar mucho tu pensamiento o concentración.)
2. Asegúrate de que tu maestro de Educación Física, entrenador, y/o entrenador atlético estén avisados de tu lastimadura y síntomas.
3. Es normal sentirte frustrado, triste y hasta enojado porque no puedes regresar a jugar deportes pronto. Con cualquier lastimadura, una recuperación completa reduce las posibilidades de lastimarte de nuevo. Es mejor no estar en uno o dos juegos que toda la temporada.

Lo siguiente es recomendado por el momento:

- No regreses a la clase de Educación Física por el momento
- Regresa a la clase de Educación Física
- No regreses a prácticas de deportes/juegos por el momento
- Regresar **Gradualmente** a prácticas de deportes bajo la supervisión apropiada de un proveedor colegiado de asistencia médica (ej. entrenador atlético, entrenador, o maestro de educación física).
- El regresar a jugar debe ocurrir en pasos graduales comenzando con ejercicio aerobico solo para aumentar tu ritmo cardiaco (ej. Ciclo estacionario); moverte para aumentar tu ritmo cardiaco con movimiento (ej. Correr); después aumentar contacto controlado si es apropiado; y finalmente regresar a competiciones deportivas.
 - Pon atención cuidadosa a tus síntomas y a tus habilidades de pensamiento y concentración en cada etapa de actividad. Muévete al siguiente nivel de actividad solamente si no sufres ningún síntoma en cada nivel. Si tus síntomas regresan, notifica a tu proveedor colegiado de asistencia médica, regresa al primer nivel, y vuelve a comenzar el programa gradualmente.

Plan Gradual para Regresar a Jugar

1. No actividad física
2. Niveles bajos de actividad física (ej. Síntomas no regresan durante o después de la actividad). Esto incluye caminar, trotar ligero, bicicleta estacionaria ligera, levantar pesas ligeras (poco peso, más repeticiones, no banca, no sentadillas).
3. Actividad física en niveles moderados con movimientos del cuerpo/cabeza. Esto incluye trotar moderado, correr brevemente, usar la bicicleta estacionaria moderada-intensamente, levantar pesas moderada-intensamente (reducir el tiempo/o reducir las pesas de tu rutina típica).
4. Actividad física pesada sin contacto. Esto incluye carreras cortas/correr, usar la bicicleta estacionaria con alta intensidad, rutina regular para levantar pesas, ejercicios de deportes específicos sin contacto (en 3 planos de movimiento).
5. Contacto completo en práctica controlada.
6. Contacto completo en juego.

*Los exámenes neuropsicológicos pueden proveer información importante para asistir a los médicos con la planeación del tratamiento, tales como las decisiones para regresar a jugar.

Este plan de referencia está basado en la evaluación de hoy:

- Regresar a esta oficina. Fecha/Tiempo _____
- Referencia a: Neurocirugía _____ Neurología _____ Medicina de Deportes _____ Terapia Física _____ Psiquiatra _____ Otro _____
- Referencia a exámenes neuropsicológicos
- Otro _____

Plan de Cuidados de ACE Completado por: _____ © Copyright G. Gioia & M. Collins, 2006





KERN HIGH SCHOOL DISTRICT

VERIFICACIÓN DE ASEGURANZA DE FÚTBOL AMERICANO

El Código de Educación de California requiere cobertura de seguro en el monto de por lo menos \$1,500 para gastos médicos y de hospital que resulten de un accidente de lastimaduras físicas a miembros de cualquier equipo de deportes lastimado durante la participación en, o practicar para, eventos de deportes inter-escolares, o mientras está siendo transportado a y de tales eventos deportivos.

La ley para incluir a cualquier estudiante que viaja a y trabaja en conexión con el equipo o evento deportivo define a miembros de equipos deportivos.

.....

Por el presente verifico que si hay seguro de salud personal de parte de _____, un

Nombre del Estudiante

estudiante en la Escuela Secundaria _____ del Distrito Escolar de Secundarias de Kern, la póliza del seguro en el monto igual o más grande requerido por el Código de Educación de California Secciones 32220-24 y 35330-31 para gastos médicos y de hospital resultando de un accidente de lastimaduras físicas al participar en o en práctica de eventos deportivos inter-escolares o mientras está siendo transportado a y de tales eventos.

Mi número de póliza para accidente de lastimaduras físicas de \$1,500 y nombre de la Compañía del Seguro (no del agente) es:

Póliza

Nombre de la Compañía de Seguro

Atención: Su atención está dirigida al hecho de que la mayoría de las pólizas de seguro excluyen a fútbol americano tacle. **FAVOR DE LEER SU PÓLIZA. TAL VEZ NECESITARÁ SEGURO ADICIONAL.** También estoy de acuerdo en indemnizar y exonerar al Distrito Escolar de Secundarias de Kern de cualquier responsabilidad que surja de o en cualquier forma relacionada con el requisito bajo el código de sección mencionada previamente o en cualquier forma relacionada con la sección de códigos mencionados arriba al proveer seguro médico para el estudiante mencionado arriba.

Fecha

Firma del Padre/Guardián

Número de Teléfono

Dirección

_____ **SI, yo deseo comprar seguro medico adicional a través de la escuela.**

_____ **NO, yo tengo seguro médico privado, mencionado arriba, y no deseo comprar seguro medico adicional.**

.....

Autorización Médica

A quien corresponda:

Yo, el firmante siendo el padre o guardián legal de _____, por el

Nombre del estudiante

presente doy permiso a cualquier hospital, centro de emergencia, medico, enfermera, y/o paramédico a proveer tratamiento a mi hijo, cuando esté siendo acompañado a las instalaciones de tratamiento por un maestro, entrenador, asistente de maestro, Director, o cualquier miembro de la mesa directiva de educación del distrito.

Además, si el médicos atendiendo determina después de la exanimación que una cirugía salva-vida u otros procedimientos para salvar-vida son necesarios; por el presente aquí el permiso se extiende a las personas nombradas arriba a conceder lo mismo.

Adicionalmente, acepto mantener libre de culpa a tal facultad y a la mesa directiva de educación del Distrito Escolar de Secundarias de Kern al yo conceder dicho permiso.

Firma del Padre/Guardián

