

**JUNTA EDUCATIVA DE BRIDGETON**

**\*INSTRUCCIONES ACTUALIZADAS\***

**PARA LOS EXAMENES FISICOS DE DEPORTES**

**ESTUDIANTE:**

- 1. CIRCULE EL DEPORTE DE LA TEMPORADA PRESENTE**
- 2. FIRME EL FORMULARIO DE PERMISO**
- 3. FIRME EL FORMULARIO DE HISTORIAL**

**PAPA/MAMA:**

- 1. FIRME EL FORMULARIO DE PERMISO Y PONGALE LA FECHA**
- 2. LLENE EL FORMULARIO DE HISTORIAL**  
**\*TODAS LAS RESPUESTAS CON "SI" DEBEN SER EXPLICADAS O EL FORMULARIO SERA DEVUELTO**
- 3. FIRME EL FORMULARIO DE HISTORIAL Y PONGALE LA FECHA**

**¡¡DEVOLVER A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA EL PAQUETE COMPLETADO!!**

**¡TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS Y LAS LINEAS LLENADAS!**

**¡LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SERAN ACEPTADOS!**

# Escuela Primaria de Bridgeton

Departamento de Atletismo  
Avenida N. West 111  
Bridgeton, NJ 08302  
Tel.: (856) 455-8030, Ext. 1246

## FORMULARIO DE PERMISO PARA DEPORTES Y FISICA AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

### Circule Uno:

**OTOÑO:** Fútbol (hombres y mujeres) / Campo Traviesa (hombres y mujeres) / Hockey de Campo

**INVIERNO:** Baloncesto de Hombres / Baloncesto de Mujeres / Porristas

**PRIMAVERA:** Béisbol / Variedad de Béisbol de pelota blanda / Pista de Carrera (hombres y mujeres)

Al firmar abajo, doy permiso a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ para que participe en el deporte que está circulado arriba. Confirmamos que hemos recibido y revisado el *Panfleto o Folleto Sobre la Muerte Cardíaca Repentina en Atletas Jóvenes*.

Tengo entendido que a mi hijo o hija le debe hacer un examen físico el médico de la familia de él o de ella, a fin de que pueda practicar deportes. Dicho examen debe haber sido realizado antes de la primera práctica. Esto es requerido por el Departamento de Educación del Estado de Nueva Jersey N.J.A.C. 6-A:16-2.2(h).

Un examen físico para poder practicar deportes es válido durante un año. Si el seguro de salud del estudiante no paga por el examen físico para practicar deportes o su niño no tiene un médico de familia, favor de comunicarse con la Enfermera de la Escuela.

El padre debe llenar y firmar un cuestionario de salud y un formulario de permiso por cada deporte en el que el estudiante participe.

Es la responsabilidad del padre o encargado llenar el cuestionario de salud, hacer una cita con su médico de la familia y que el doctor llene y firme el formulario del examen físico que ordena el estado. Los Exámenes Físicos Para Practicar Deportes son aceptables por 365 días a partir de la fecha del examen físico. Cualquier formulario entregado ya sea por los padres, el encargado o el doctor, que no tenga la información completa (es decir todos los espacios deben tener la información requerida) serán devueltos al estudiante y no serán elegibles para participar hasta que el formulario esté totalmente lleno.

/cr

Firma de Estudiante \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Encargado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_



# ASOCIACION ATLETICA INTERESCOLAR DE NUEVA JERSEY

1161Route 130 North, Robbinsville, NJ 08691-1104

Teléfono 609-259-2776 Fax 609-259-3047

## Cuestionario Sobre COVID-19

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Celular de Padre o Encargado: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

### Preguntas Sobre COVID-19:

Favor de Circular Una

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ➤ ¿Ha sido diagnosticado(a) su hijo/a con Coronavirus (COVID-19)?   | SI | NO |
| • ¿Si su hijo/a fue diagnosticado(a) con Coronavirus (COVID-19), tenía síntomas él o ella?  | SI | NO |
| • ¿Si su hijo/a fue diagnosticado(a) con Coronavirus (COVID-19), fue hospitalizado(a) él o ella?  | SI | NO |
| ➤ ¿Ha sido diagnosticado algún miembro de la familia del estudiante atleta con Coronavirus (COVID-19)?  | SI | NO |
| ➤ ¿Tiene su hijo/a alguna condición médica preexistente y/o está inmunocomprometido(a)? (Una respuesta de "sí" exigirá una autorización médica) | SI | NO |

Firma de Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

**Para participar en entrenamientos durante el período de descanso en el verano, el padre o encargado debe llenar este formulario. Este formulario tiene que llenarse solamente una vez. Un atleta no puede participar hasta siete (7) días después de que éste es entregado al Departamento de Atletismo.**

**Departamento de Educación de Nueva Jersey  
Cuestionario Actualizado del Historial de Salud**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Para participar en un equipo o escuadrón atlético inter-escolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico fue completado más de 90 días previo al primer día de practica oficial proveerá un cuestionario actualizado del historial de salud completado y firmado por el padre o encargado del estudiante.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Examen Físico: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

**Desde el examen físico previo a la participación, su hijo/a:**

1. ¿Ha sido aconsejado medicamente que no participe en un deporte? Sí  No

Si responde que sí, describa en detalle:

2. ¿Ha tenido una concusión, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe a la cabeza? Sí  No

Si responde que sí, explique en detalle:

3. ¿Se ha quebrado un hueso o torcido/distendido/dislocado algún músculo o articulación? Sí  No

Si responde que sí, describa en detalle:

4. ¿Se ha desmayado o perdido el conocimiento? Sí  No

¿Si responde que sí, sucedió eso durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Ha experimentado dolores de pecho, falta de respiración o palpitaciones del corazón rápidas? Sí  No

Si responde que sí, explique:

6. ¿Ha habido un historial reciente de fatiga y cansancio inusual? Sí  No

7. ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido que ir a la sala de emergencia? Sí  No

Si responde que sí, explique en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque del corazón o problemas del corazón? Sí  No

9. ¿Ha empezado o dejado de tomar alguna medicina recetada o no recetada? Sí  No

10. ¿Ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID-19)? Sí  No

Si fue diagnosticado con Coronavirus (COVID-19), tenía su hijo/a síntomas? Sí  No

Si fue diagnosticado con Coronavirus (COVID-19), fue hospitalizado(a) él/ella? Sí  No

11. ¿Algún miembro de la familia del estudiante atleta ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID-19)? Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

**Por favor devolver el Formulario Completado a la Oficina de la Enfermera de la Escuela**