

Hoja de instrucciones para formularios de consentimiento del Estudiante/Atleta A-C

El estudiante y los padres/tutores deben leer, completar cada formulario en su totalidad y firmar todos formularios incluidos en este paquete para ser elegible para participar en atletismo de las escuelas comunitarias de Wayne

Los formularios A-C deben completarse y entregarse a: Wendy Heikes, Oficina del Director Atlético Asistente en la Escuela Secundaria Junior/Senior antes del primer día del deporte.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wendy o al Director Atlético, Mr. Wragge, al (402) 375-3150. Si tiene preguntas sobre las vacunas, llame a la enfermera escolar, (402) 375-3854.

NOTA:

Complete los formularios A-C y devuelvelos a:
Wendy Heikes, Asistente de Oficina en la escuela
Junior/Senior High

Los formularios A-C deben completarse y entregarse antes de que el estudiante/atleta sea determinado elegible para cualquier tipo de participacion.

No lleve este formulario a la clinica. La clinica no quiere ser responsables de estas formas.

Form A-Turn this form into the high school office.

2025-2026
ESCUELA COMUNITARIAS DE WAYNE
ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Informacion de Contacto en caso de Emergencia

	Casa #	Trabajo #	Celular #
Contacto Principal / Relacion:			
1er Contacto / Relacion:			
2ndo Contacto / Relacion:			

Informacion del Proveedor Medico

Medico del Estudiante:	Numero de Telefono:
Dentista del Estudiante:	Numero de Telefono:
Compañia de Seguro Medico:	Nombre en la targeta del seguro: # ID del Seguro:

Antecedentes Medicos (Para participantes atleticos)

Fecha de Tdap: _____	Tipo de Sangre: _____
Alergias a Medicamentos: _____	Alergia de Comidas: _____
Medicamentos del estudiante que un respondedor de emergencia debe conocer son: _____	
Otra informacion que un respondedor de emergencia debe tener en cuenta: _____ _____	

Cualquier otra informacion pertinente que los entrenadores o patrocinadores deben saber sobre la respuestas a emergencias:

Fecha: _____	Firma de Padres: _____
--------------	------------------------

Permiso para Asistir a Eventos Deportivos/Formulario de Consentimientos Medicos

2025- 2026

Se entiende que el alumno todavía está bajo supervisión escolar, pero ni el distrito escolar ni los encargados serán responsables en caso de un accidente.

En caso de que ocurra un accidente o lesión, se otorga permiso a los asistentes. médico para proceder con cualquier tratamiento quirúrgico médico o menor, exámenes de rayos X y / o vacunas para el estudiante mencionado anteriormente.

La administración, el personal, el entrenador del equipo o el entrenador aplicarán el tratamiento de primeros auxilios hasta que un médico pueda ser contactado, en caso de enfermedad grave, la necesidad de una cirugía mayor o lesión accidentada significativa, entiendo que el médico tratante hará un intento de contactar a los padres / tutores de la manera más expeditiva posible. Si dicho médico no puede comunicarse con los padres / tutores, el tratamiento necesario se puede dar para el mejor interés del estudiante mencionado anteriormente.

Reconozco/reconocemos que los padres/tutores están obligados a pagar por servicios los servicios médicos y médicos profesionales relacionados; la escuela no será responsable del pago de dichos servicios.

Yo / nosotros damos nuestro consentimiento para que la administración, el personal, los entrenadores y los médicos usen su propio juicio en la asistencia médica y el servicio de ambulancia en caso de que los padres / tutores no puedan ser contactados.

 

Firma de Padre /Tutor

Fecha

**Este formulario es valido durante el año escolar 2024-2025

Formulario - A: Regrese este formulario a la oficina de la escuela. secundaria.

2025-2026
ESCUELAS COMUNITARIAS DE
WAYNE CONSENTIMIENTO DE
ESTUDIANTES Y PADRES PARA
PARTICIPACIÓN INTERESCOLÁSTICA

Yo _____ (nombre del estudiante) solicito participar en las actividades interescolares de Wayne Community Schools en el año escolar 2023-2024. Al hacer esta solicitud, el Estudiante declara: Esta solicitud para participar en actividades interescolares para las Escuelas de la Comunidad de Wayne es completamente voluntaria de mi parte. He leído las reglas y regulaciones de elegibilidad de la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska y las reglas y regulaciones de las Escuelas de la Comunidad de Wayne. No estoy en violación de tales reglas.

(Yo soy) (Somos) los padres o tutores del estudiante y por este medio doy el consentimiento para el Estudiante para participar en las actividades interescolares de las Escuelas de la Comunidad de Wayne en el año escolar 2024-2025.

Fecha: _____ _____
(Firma del padre / tutor)

Fecha: _____ _____
(Firma del estudiante)

Padres y estudiantes por la presente dan las siguientes declaraciones, acuerdos y consentimientos:

ADVERTENCIA DE RIESGO: me doy cuenta de que la participación implica el potencial de lesión que es inherente en todas las actividades interescolares. Incluso con el equipo de protección, normas de seguridad e instrucciones y dirección de entrenadores y patrocinadores que son siempre, las lesiones siguen siendo una posibilidad. La gravedad de dicha lesión puede variar desde cortadas menores, moretones, desgarres y distensiones musculares a más lesiones graves en los huesos del cuerpo, articulaciones, ligamentos, tendones o músculos, a catastróficos lesiones en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocardiscapacidad total, parálisis y muerte. Yo reconozco que he leído y entiendo la advertencia.

MÉDICO: El padre es responsable de cualquier servicio médico profesional o relacionado; La escuela no será responsable del pago de dichos servicios. El Padre y el Estudiante otorgan permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica del Estudiante para divulgar y discutir todos los registros e información que dichos proveedores de atención médica puedan tener sobre el Estudiante (incluyendo la información y los registros médicos confidenciales) a la escuela de la comunidad de Wayne y a sus

empleados, personal, agentes y Consultores. Padres y el estudiante dan más permiso a Wayne Community Schools, y a sus empleados, personal, agentes y consultores para liberar y discutir todos los registros e información que tiene (incluyendo médicos de otro modo confidenciales información o registros) a la atención médica del estudiante proveedores y a otros como las escuelas de la comunidad de Wayne pueden determinar lo apropiado para propósitos de determinar la elegibilidad de la actividad, estado físico o lesión, o para responder a una emergencia.

SEGURO MEDICO: Reconozco que la cobertura de el seguro medico es recomendado para todos los participantes. El costo de la cobertura del seguro es responsabilidad de los padres. Información sobre Seguro medico está disponible en la oficina del Director Atlético,

INFORMES DE LESIONES: Padres y Estudiantes acepta informar a los entrenadores cualquier lesion que aya sufrido el estudiante antes, durante o después de la temporada, en prácticas o juegos, ya sea dicho daño ocurrió como parte de la participación en la actividad extracurricular o fuera de tal actividad.

Formulario B-Entregue a la oficina de la escuela.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD: Las reglas principales y regulaciones que rigen la elegibilidad del estudiante para participar en actividades interescolares han sido revelado al estudiante y al padre. He leído las reglas de la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska de elegibilidad para participar en actividades interescolares, incluyendo el domicilio del padre, transferencia del estudiante, y reglas escolares. Entiendo que los participantes de la actividad deben estar inscritos en al menos veinte horas por semana, tener una asistencia regular y tener los registros escolares en un mínimo de 20 horas de crédito para el inmediato semestre anterior. Las Escuelas Comunitarias de Wayne incluyen requisitos de elegibilidad adicionales según lo establecido en el Manual para padres y estudiantes.

TRANSPORTE: Entiendo la actividad puede llevarse a cabo en un lugar que no sea en las escuelas de Wayne. En algunos casos las escuelas comunitarias de Wayne no proporcionarán transporte a la actividad. En esos casos el transporte al sitio es responsabilidad de los padres y estudiante. Entiendo que Wayne Community Schools no es responsable cuando el estudiante recibe transporte en un vehículo privado conducido por otros.

BUEN HOMBRE DEPORTIVO: Entiendo bien la deportividad es esencial para el éxito de la programa de actividades. Un fracaso en seguir los principios de buen espíritu deportivo u otro comportamiento inapropiado puede resultar en remoción del concurso y puede resultar en suspensión de asistir a futuros concursos o actividades.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy mi consentimiento para información académica, incluyendo el punto de grado promedio, rango de clase y cualquier premio académico / reconocimientos recibidos por el estudiante para ser publicado. Por lo general, esta información será utilizada con el propósito de reconocer la excelencia en el atletismo y académico y lanzado para publicación en periódicos, publicaciones escolares, Premios de banquetes o asambleas, y conferencia o premios estatales.

DEVOLUCIÓN DE UNIFORME Y EQUIPO:

Estoy de acuerdo en devolver todos los uniformes y equipos que se me entreguen de inmediato, a pedido en buenas condiciones, sujetos al desgaste que se produce por el uso normal. Acepto financiero responsabilidad por la devolución de los artículos asignados al estudiante y acepta reembolsar a la escuela El valor real de reemplazo de los artículos en el evento de que no se devuelven o son dañado, o por el costo de las reparaciones si pueden ser reparado Entiendo que no reembolsar la escuela de manera oportuna podría afectar elegibilidad para actividades extracurriculares.

CÓDIGO DE ACTIVIDAD: El manual para padres y estudiantes de las escuelas de la comunidad de Wayne incluye un Código de Actividad que establece reglas de comportamiento. El estudiante acepta cumplir con el Código de Actividad. En caso de que no esté seguro si un comportamiento o conducta en particular violaría el Código de Actividad, entiendo que debe pedirle consejo al Director Atlético antes de participar en el comportamiento o conducta. Acepto que la participación en actividades extracurriculares es un privilegio que puede ser negado por suspensior u otra disciplina si el estudiante no cumple con el Codigo de Actividad.

Estoy de acuerdo en que el Código de Actividad es un conjunto de reglas de las escuelas y no deben interpretarse de la misma manera que un código penal. Como tal, estoy de acuerdo en que las reglas están sujetas a interpretación por parte de funcionarios de la escuela. También estoy de acuerdo en que los funcionarios escolares pueden determinar que ha ocurrido una violación del Código de Actividad cuando los funcionarios escolares determinan razonablemente a partir de cualquier información que consideren creíble que el Estudiante participó en la conducta en cuestión. Los funcionarios escolares pueden determinar que se ha producido una violación del Código de Actividad a pesar de un cargo penal relacionado con la conducta aún está pendiente e incluso si el estudiante ha sido encontrado no culpable o el cargo penal se ha desestimado.

Debe ser completado para todo estudiante que participara en cualquier actividad de la NSAA.

Formulario de Consentimiento del Estudiante y Padres



Año Escolar: 20__ 20__

Miembro de Escuela: _____

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

FORMA C

El firmante es el estudiante y los padres, tutores o personas a cargo del estudiante mencionado anteriormente y esta colectivamente referido como "Padre."

El padre y el estudiante por la presente:

(Yo) Comprendo y acepto que la participación en actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del Estudiante y es un privilegio;

(2) Comprendo y acepto que (a) mediante este Formulario de Consentimiento, la NSAA ha proporcionado al Padre y al Estudiante la existencia de potencial peligros asociados con la participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede implicar lesiones de algún tipo; (c) la gravedad de lesiones pequeñas pueden variar desde lesiones menores como cortaduras, torceduras y distensiones musculares hasta más lesiones graves en los huesos del cuerpo, ligamentos, tendones o músculos, hasta lesiones catastróficas en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, parálisis y muerte; y, (d) incluso el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y el estricto cumplimiento de las reglas, las lesiones siguen siendo una posibilidad;

(3) Doy consentimiento y acepto la participación del Estudiante en las actividades de la NSAA sujetas a todas las interpretaciones de los estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la escuela miembro de la NSAA en la que el Estudiante participa; y

(4) Doy consentimiento y acepto (a) la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgación posterior por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección de correo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, fechas de asistencia, nivel de grado, estado de inscripción (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura como miembro de equipos deportivos, 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 que está siendo fotografiado, grabado en video, grabado en audio o grabado por cualquier otro medio mientras participa en actividades y concursos de la NSAA, consiente y renuncia a cualquier privacidad derechos con respecto a la exhibición de tales grabaciones, y renuncia a cualquier reclamo de propiedad u otros derechos con respecto a tales fotografías o grabaciones o para la transmisión, venta o exhibición de fotografías o grabaciones.

(5) Doy consentimiento y acepto autorizar al personal autorizado de lesiones deportivas para 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, tratamiento y rehabilitación razonables y necesarias para estas lesiones, Esto también incluiría el transporte del estudiante a un centro médico si fuera necesario. Dicho personal licenciado en lesiones deportivas son proveedores independientes y no están empleados por la NSAA.

(6) Admito 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 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 registros médicos confidenciales. Entendemos que esta divulgación se ha solicitado y se puede utilizar con el fin de determinar la elegibilidad relacionada con la participación en actividades, estado físico, lesiones, estado de la lesión o emergencia.y.

Reconozco que he leído los párrafos (1) al (6) anteriores, entiendo y acepto los términos de los mismos, incluyendo la advertencia de riesgo potencial de lesiones inherentes a la participación en actividades deportivas.

Nombre del Estudiante _____

Firma del Estudiante _____

Fecha _____

(Yo soy) (Somos) [Circule elección apropiada] del estudiante (Padre) (Tutor). (Yo) (Nosotros) reconocemos que (Yo) (Nosotros) hemos leído los párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluyendo la disminución del riesgo potencial de lesiones inherentes a la participación en actividades deportivas. Después de leer la advertencia en el párrafo (2) anterior y comprender el riesgo potencial de lesión para mi estudiante, (Yo) (nosotros) por la presente otorgamos (mi) (nuestro) permiso para _____ [ponga el nombre del estudiante] para practicar y competir por lo mencionado anteriormente en la escuela secundaria en actividades aprobadas por la NSAA, excepto las tachadas a continuación::

Baseball	Golf	Tennis	Play Production	Basketball	Swimming/Diving
Track	Football	Speech	Cross Country	Soccer	Volleyball
Music	Unified Bowling	Softball	Wrestling	Debate	Journalism

Padre(s) [Nombre imprenta] _____
Revisado January 2020

Firma de Padres _____

Fecha _____

Escuelas de la Comunidad de Wayne
Protocolo de gestión de conmociones cerebrales 2025-26
Vea la Política del Distrito WCS 6283

En cumplimiento de la Ley de Conmoción Cerebral de Nebraska LB 260 (7-1-2012) y LB 923 Regrese a Aprenda la Enmienda (4-22-2014), Wayne Community Schools ha entrado en la política oficial de las directivas y responsabilidades identificadas en dichas leyes.

La Ley de Conmoción Cerebral de Nebraska LB260 fue promulgada para proporcionar un medio para que las escuelas mejoren su cuidado de salud atlética; mejorar sus métodos para manejar las conmociones cerebrales relacionadas con el deporte y la progresión para que los atletas conmocionados vuelvan a jugar de manera más consistente, objetiva y segura; educar a las escuelas, entrenadores, atletas y padres para que reconozcan los signos, síntomas y el riesgo inherente de las conmociones cerebrales relacionadas con el deporte.

LB 923 La Enmienda de Regreso al Aprendizaje es una revisión de LB 260 y estableció un protocolo de regreso al aprendizaje para los estudiantes que han sufrido una conmoción cerebral. El protocolo de regreso para aprender reconocerá que los estudiantes que hayan sufrido una conmoción cerebral y hayan regresado a la escuela pueden necesitar acomodación informal o formal, modificación del plan de estudios y monitoreo por parte del personal médico o académico hasta que el estudiante se recupere.

En cumplimiento con LB 260 y LB 923, se seguirá la siguiente política paso a paso cuando un atleta es "razonablemente sospechoso" de haber recibido una conmoción cerebral o en cualquier momento en que un atleta sea retirado de un juego, práctica o actividad deportiva debido a una sospecha de conmoción cerebral antes del "regreso al juego", la participación deportiva o cualquier otra actividad física patrocinada por la escuela.

Paso 1: El atleta será eliminado inmediatamente de las jugadas, las participaciones deportivas y toda actividad física. Ningún atleta sospechoso de haber sufrido una conmoción cerebral volverá a la actividad deportiva hasta que los pasos siguientes se hayan completado por completo.

"¡En caso de duda, siéntelos!" 'El cerebro conmocionado es más vulnerable a una lesión repetida (síndrome del segundo impacto) después de la conmoción cerebral inicial. La segunda lesión es muy crítica para protegerse. Anteriormente, a los atletas se les permitía volver a jugar durante el mismo día, juego o práctica en la que ocurrió la lesión si sus síntomas se resolvieron durante el curso de esa actividad. Los estudios ahora nos han demostrado que el cerebro joven no se recupera lo suficientemente rápido como para que un atleta vuelva a la actividad el mismo día de la lesión. Una vez que ocurre una conmoción cerebral, el cerebro es más vulnerable a más lesiones y muy sensible a cualquier aumento de estrés hasta que se recupere por completo. Si un atleta vuelve a la actividad antes de estar completamente curado de una conmoción cerebral, el atleta tiene un mayor riesgo de una conmoción cerebral repetida. Una conmoción cerebral repetida que ocurre antes de que el cerebro tenga la oportunidad de recuperarse de la primera puede retrasar la recuperación o aumentar la posibilidad de complicaciones potencialmente mortales a largo plazo.

Paso 2: Se contactará a los padres o tutores del atleta sobre la sospecha de conmoción cerebral. ThLos padres o tutores serán notificados inmediatamente después de la lesión y se les proporcionará información sobre la Política de Conmoción cerebral de Wayne Community School y revisarán el protocolo de gestión de conmoción cerebral posterior.

Paso 3: Todos los atletas sospechosos de tener una conmoción cerebral deben ser evaluados médicamente por un profesional de la salud con licencia y capacitado en la evaluación y manejo de lesiones cerebrales traumáticas entre una población pediátrica antes de que sean elegibles para volver a jugar.

Si el atleta lesionado recibe un diagnóstico médico formal de haber sufrido una conmoción cerebral, se seguirán los pasos del 4 al 6 en consecuencia y el atleta lesionado será descalificado para volver a jugar hasta que todos los pasos sean satisfactorios. Si se determina formalmente y médicamente que el atleta lesionado "NO" ha sufrido una conmoción cerebral, el atleta lesionado puede volver a jugar después de haber proporcionado un formulario de Regreso al Juego (RTP) completado satisfactoriamente que requiere autorización y firmas del proveedor médico examinador, y padre o tutor.

Paso 4: El equipo de gestión de conmociones cerebrales (CMT) de las Escuelas Comunitarias de Wayne será notificado del atleta lesionado para establecer el regreso al aprendizaje.

Es necesario un retorno al aprendizaje exitoso "antes" de que se pueda activar el retorno al juego. En cumplimiento de Nebraska LB 923, el CMT de las escuelas de Wayne diseñará un plan individual para revisar la recuperación de conmoción cerebral del estudiante y hacer los ajustes académicos necesarios hasta que ese estudiante ya no los necesite como resultado de la conmoción cerebral. Después de que la CMT certifique que no se necesitan más inquietudes académicas o adaptaciones, el estudiante puede ser dado de alta para comenzar el programa de regreso progresivo al juego. program.

Paso 5: Prueba de Impacto: Evaluación Inmediata Posterior a la Conmoción Cerebral y Prueba Cognitiva

ImPACT es un programa de prueba en línea basado en computadora diseñado específicamente para la gestión de conmoción cerebral relacionada con deportes. Es una herramienta de software basada en la investigación desarrollada en el Centro Médico de la Universidad de Pittsburg.

ImPACT es el líder de la industria en pruebas neurocognitivas post-conmoción cerebral. Los clientes actuales de ImPACT incluyen NFL, NBA, NHL, MLB, numerosos programas de fútbol de la NCAA División I y múltiples escuelas en todo el país en los Estados Unidos y Nebraska.

La prueba implica una prueba de referencia previa a la actividad y una prueba posterior a la lesión para comparar. Cuando se produce una conmoción cerebral, la prueba posterior a la lesión se compara con el informe inicial para evaluar los posibles riesgos causados por una conmoción cerebral. El atleta lesionado debe presentar puntajes de prueba de conmoción cerebral evaluados satisfactoriamente por computadora que indiquen que la función neurocognitiva ha vuelto a los niveles de prueba de referencia previos a la lesión

ImPACT mide múltiples aspectos del funcionamiento neurocognitivo en atletas, incluidos:

- * Síntomas del jugador
- * Memoria verbal y visual, velocidad de procesamiento y tiempo de reacción.
- * Tiempo de reacción medido a 1/100 de segundo
- * Capacidad de Atención
- * Memoria de trabajo
- * Tiempo de atención sostenido y selectivo.
- * Variedad de respuestas
- * Resolución de problemas no verbal

Paso 6: Autorización/consentimiento por escrito para volver a jugar por un profesional de atención con licencia, capacitado en la evaluación médica y el tratamiento de la lesión cerebral traumática en una población pediátrica.

Antes de iniciar el Paso 7 Retorno progresivo al juego, el atleta lesionado debe:

1. Han proporcionado la autorización / consentimiento por escrito del proveedor médico examinador;
2. Han proporcionado autorización / consentimiento por escrito de los padres / tutores;
3. Ha sido certificado por el equipo de gestión de conmociones cerebrales de la escuela para regresar a aprender;
4. Ha completado satisfactoriamente la prueba de impacto posterior a la conmoción cerebral;
5. Está libre de síntomas de reposo; permanece libre de síntomas o ya no presenta signos o síntomas de una conmoción cerebral en un esfuerzo por permitir que el cerebro continúe sanando y se reajuste al esfuerzo físico, el atleta lesionado puede continuar con la actividad en un programa gradual de Regreso al Juego Progresivo (RTP).

Paso 7: Programa de Retorno Progresivo al Juego (RTP).

Se requerirán 24 horas entre cada paso antes de avanzar al siguiente paso según lo monitoreado y dirigido por el entrenador atlético de Wayne HS. El atleta conmocionado debe permanecer libre de síntomas antes de continuar al siguiente paso. El atleta conmocionado será reevaluado diariamente antes del comienzo de cada nuevo paso.

Este proceso se repetirá hasta que el atleta pueda completar todos los pasos y permanecer sin síntomas. El atleta lesionado NO podrá comenzar la progresión gradual para volver a la actividad deportiva hasta que el programa se haya completado satisfactoriamente.

Si los síntomas, signos o comportamientos de conmoción cerebral se repiten o se observan, el atleta debe detener toda actividad y volver ser evaluado por un profesional de la salud con licencia. El atleta no puede reanudar al Programa de Regreso Progresivo al Juego hasta que esté libre de síntomas. Una vez que el atleta conmocionado este libre de síntomas, puede reanudar el Programa de Regreso Progresivo al Juego que comienza en el Paso 1.

El horario de regreso al juego procedera de la siguiente manera:

Paso 1: Sin síntomas de reposo. Ninguna actividad física o mentalmente agotadora.

Paso 2: Ejercicio aeróbico ligero. Actividad de bajo nivel. Sin levantamiento de pesas o entrenamiento de resistencia.

Paso 3: Ejercicio aeróbico moderado. Correr a intensidad moderada sin equipo.

Paso 4: Ejercicios específicos para el deporte. Ejercicios sin contacto. Puede comenzar el levantamiento de pesas o el entrenamiento de resistencia.

Paso 5: Prácticas de contacto completo, prácticas de ejercicios de entrenamiento.

Paso 6: Juego completo o juego de competición.

Todas las lesiones y/o enfermedades que prevengan y la participación deportiva del atleta se deben informar al Entrenador de deportes de Wayne HS y/o al Entrenador de atletas de Wayne HS. El entrenador atlético Wayne HS supervisa la progresión del regreso al juego de las lesiones atléticas bajo la dirección y aprobación del proveedor médico examinador.

Todos los atletas que requieren evaluaciones médicas por lesiones o enfermedades que posteriormente evitan que el atleta participe en el deporte (ya sea o no el resultado de la participación atlética), deben proporcionar un formulario de clasificación de "Regreso al juego" completado satisfactoriamente firmado por los padres o tutores (s) y el proveedor médico examinador.

Se pueden dirigir preguntas o inquietudes con respecto a esta política;

Amanda Teter, MS.Ed LAT/ATC
Entrenador Atlético de Wayne HS
Providence Fisioterapia / Providence Medical Center
(605) 366-3028

Yo _____ Padre / tutor de
_____ he leído la información sobre las
conmociones cerebrales y la Ley de Conmoción de Nebraska LB260 y la
Enmienda de Regreso al Aprendizaje LB 923.

Firma de Padre o Guardian

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?

2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?

3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?

6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?

7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?

8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.

9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?

10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)			
	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?			
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
ÚNICAMENTE MUJERES		Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION
ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____
 Signature of parent or guardian: _____
 Date: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM E

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

I hereby give permission for the release of the attached student medical history and the results of the actual physical examination to the school for the purposes of participation in athletics and activities.

Parent or Legal Guardian Signature _____

Date _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM E

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

I hereby give permission for the release of the attached student medical history and the results of the actual physical examination to the school for the purposes of participation in athletics and activities.

Parent or Legal Guardian Signature _____

Date _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM F

Name: _____ Date of birth: _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

 Medically eligible for certain sports

 Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

Permiso para Asistir a Eventos Deportivos/Formulario de Consentimientos Nedicos

2025- 2026

Se entiende que el alumno todavía está bajo supervisión escolar, pero ni el distrito escolar ni los encargados serán responsables en caso de un accidente.

En caso de que ocurra un accidente o lesión, se otorga permiso a los asistentes. médico para proceder con cualquier tratamiento quirúrgico médico o menor, exámenes de rayos X y / o vacunas para el estudiante mencionado anteriormente.

La administración, el personal, el entrenador del equipo o el entrenador aplicarán el tratamiento de primeros auxilios hasta que un médico pueda ser contactado, en caso de enfermedad grave, la necesidad de una cirugía mayor o lesión accidentada significativa, entiendo que el médico tratante hará un intento de contactar a los padres / tutores de la manera más expeditiva posible. Si dicho médico no puede comunicarse con los padres / tutores, el tratamiento necesario se puede dar para el mejor interés del estudiante mencionado anteriormente.

Reconozco/reconocemos que los padres/tutores están obligados a pagar por servicios los servicios médicos y médicos profesionales relacionados; la escuela no será responsable del pago de dichos servicios.

Yo / nosotros damos nuestro consentimiento para que la administración, el personal, los entrenadores y los médicos usen su propio juicio en la asistencia médica y el servicio de ambulancia en caso de que los padres / tutores no puedan ser contactados.

X

Firma de Padre /Tutor

Fecha

**Este formulario es valido durante el año escolar 2024-2025

Hoja de instrucciones para formularios de consentimiento del Estudiante/Atleta A-C

El estudiante y los padres/tutores deben leer, completar cada formulario en su totalidad y firmar todos formularios incluidos en este paquete para ser elegible para participar en atletismo de las escuelas comunitarias de Wayne

Los formularios A-C deben completarse y entregarse a: Wendy Heikes, Oficina del Director Atlético Asistente en la Escuela Secundaria Junior/Senior antes del primer día del deporte.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wendy o al Director Atlético, Mr. Wragge, al (402) 375-3150. Si tiene preguntas sobre las vacunas, llame a la enfermera escolar, (402) 375-3854.

NOTA:

Complete los formularios A-C y devuelvelos a:
Wendy Heikes, Asistente de Oficina en la escuela
Junior/Senior High

Los formularios A-C deben completarse y entregarse antes de que el estudiante/atleta sea determinado elegible para cualquier tipo de participacion.

No lleve este formulario a la clinica. La clinica no quiere ser responsables de estas formas.

Formulario de Historial de Salud de las Escuelas Comunitarias de Wayne
Devuélvalo antes del 22 de agosto o envíe un fax a Wayne Community Schools (402)-375-5251

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Sexo: M/F _____

Fecha de nacimiento: _____ Proveedor de atención médica: _____ Dentista: _____

La siguiente información es solicitada para ayudar al personal de la escuela a responder adecuadamente a las necesidades de salud de su estudiante. La información proporcionada aquí se puede compartir con el personal de la escuela según sea necesario para promover la seguridad y el éxito educativo de su hijo en la escuela.

A. Estado de salud actual

1. ¿Su hijo toma medicamentos o suplementos regularmente? No Sí
Por favor enumere: _____
2. ¿Su hijo tiene una condición de salud ahora bajo tratamiento? No Sí
Por favor enumere: _____
3. ¿Su hijo ha sido hospitalizado en los últimos 3 años, ha sido tratado en la sala de emergencias o ha tenido una cirugía? No Sí
Por favor enumere: _____
4. ¿Su hijo tiene alergias a los alimentos? No Sí
Por favor enumere el tipo y la reacción: _____
5. ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos? No Sí
Por favor enumere el tipo y la reacción: _____
6. ¿Su hijo tiene alergias ambientales, estacionales, a las abejas/insectos o a las mascotas? No Sí
Por favor enumere el tipo y la reacción: _____
7. Fecha del último: Examen médico _____ Examen dental _____ Examen de la vista _____
8. En el último año, ¿su hijo recibió alguna vacuna? Tipo _____ Fecha _____ Clínica _____

Sí, mi hijo recibe atención médica para las siguientes condiciones a continuación: **NO** condiciones médicas a continuación

Asma No Sí _____ Inhalador/nebulizador S/N _____

Problemas respiratorios crónicos No Sí _____

Condición cardíaca No Sí _____

Lesiones en la cabeza/conmociones cerebrales/migrañas No

Trastorno hemorrágico No Sí _____

Sí _____

Infecciones crónicas del oído No Sí _____

Trastornos digestivos No Sí _____

Problemas de vejiga/intestinales No Sí _____

Preocupaciones mentales/emocionales/de

Enfermedad renal No Sí _____

comportamiento/depresión No Sí _____

Problemas de visión/audición/movilidad No Sí _____

Anteojos/Contactos: No Sí

Diabetes No Sí _____

ADD/ADHD No Sí

Epilepsia/Convulsiones No Sí _____

Condiciones de la piel No Sí

Autismo No Sí

Problemas de huesos/músculos/articulares No Sí

Malformaciones congénitas/de nacimiento No Sí _____ Problemas del habla No Sí Problemas de audición No Sí

¿Hay algo más sobre la salud de su hijo que cree que es importante que sepamos?

Firma del padre _____

Fecha _____

Wayne Community School Health History Form

Return by August 22nd or fax to Elementary (402)-375-1702 or High School 402)-375-5251

Student Name: _____ Grade: _____ Sex: M/F _____

Birth Date: _____ Health Care Provider: _____ Dentist: _____

The following information is requested to assist the school staff in responding appropriately to your student's health needs. The information provided here may be shared with school personnel as needed to promote your child's safety and educational success at school.

A. Current Health Status

1. Does your child take medicine or supplements regularly? No Yes
Please list: _____
2. Does your child have a health condition now under treatment? No Yes
Please list: _____
3. Has your child been hospitalized in the last 3 years, treated in ER, or had surgery? No Yes
Please list: _____
4. Does your child have allergies to food? No Yes
Please list type and reaction: _____
5. Does your child have allergies to medications? No Yes
Please list type and reaction: _____
6. Does your child have environmental, seasonal, bee/insect, or pet allergies? No Yes
Please list type and reaction: _____
7. Date of last: Medical exam _____ Dental exam _____ Eye exam _____
8. In the past year has your child had any immunizations? Type _____ Date _____ Clinic _____

YES, my child receives medical care for following conditions below: or **NO** medical conditions below

Asthma No Yes _____ Inhaler/nebulizer Y/N _____ Diabetes No Yes _____

Heart Condition No Yes _____ Epilepsy/Seizures No Yes _____

Bleeding Disorder No Yes _____ Chronic Respiratory Problems No Yes _____

Chronic Ear Infections No Yes _____ Head Injuries/Concussions/Migraines No Yes _____

Bowel/Bladder Problems No Yes _____ Digestive Disorders No Yes _____

Kidney Disease No Yes _____ Mental/Emotional/Behavior Concerns/Depression No

Yes _____

Vision/Hearing/Mobility Concern No Yes _____ Glasses/contacts: No Yes

ADD/ADHD No Yes Skin conditions No Yes Autism No Yes Bone/muscle/joint problems No Yes

Congenital/Birth Malformations No Yes _____ Speech problems No Yes Hearing problems No Yes

Is there anything more about your child's health that you think is important for us to know?

Parent Signature _____

Date _____