#### 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.

#### 2024-2025 ESCUELA COMUNITARIAS DE WAYNE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

#### INFORMACION DE EMERGENCIA

| lombre de Estudiante:                                     | Fecha de             | Fecha de Nacimiento: |                    |            |
|---|----------------------|----------------------|--------------------|------------|
| Informacion de Contacto e                                 | n caso de Emergen    | cia                  |                    |            |
|   | Casa #               | Trabajo #            | Celular #          |            |
| Contacto Principal / Relacion:                            |                      |                      |                    |            |
| ler Contacto / Relacion:                                  |                      |                      | ,                  |            |
|   |                      |                      |                    |            |
| 2ndo Contacto / Relacion:                                 |                      |                      |                    |            |
| Int   | formacion del Prove  | edor Medico          |                    |            |
| Medico del Estudiante:                                    | Numero de            | Telefono:            |                    |            |
| Dentista del Estudiante:                                  | Numero de Te         | elefono:             |                    |            |
| Compañia de Seguro Medico:                                | Nombre en la         | targetadel segui     | o:#ID del Seguro:  |            |
| Antecedente   | es Medicos (Para pa  | rticipantes atletic  | OS)                |            |
| Fecha de Tdap:  | Ti                   | po de Sangre: _      |                    | _          |
| Alergias a Medicamentos:                                  | A                    | lergia de Comida     | as:                | _          |
| Medicamentos del estudiante que un resp                   | ondedor de emerger   | ncia debe conoce     | r son:             |            |
| Otra infromacion que un respondedor de e                  | emergencia debe ter  | er en cuenta:        |                    |            |
|   |                      |                      |                    |            |
|   |                      |                      |                    |            |
|   |                      |                      |                    |            |
| Cualquier otra informacion pertinente que le emergencias: | los entrenadores o p | atrocinadores de     | ben saber sobre la | respuestas |
|   |                      |                      |                    |            |
| Fecha: Firma de Padres: _                                 |                      |                      |                    |            |
|   |                      |                      |                    |            |

### Permiso para Asistir a Eventos Deportivos/Formulario de Consentimientos Nedicos 2024- 2025

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 lesion accidente significativo, entiendo que el médico tratante hará un intento de contactar a los padres / tutores de la manera más expedita posible. Si dicho médico no puede comunicarse con los padres / tutores, el tratamiento necesario se puede dar para e 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 sus propio juicio en la asistencia médica y el servicio de ambulancia en caso de que los padres / tutores no puedan ser contactados.



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

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

# 2024-2025 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: | Žiemo dal sodro / tutos   |
|--------|---------------------------|
|        | (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 oficin de la escuela.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD: Las reglas principals 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 suspension 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 academico / 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 suspension 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 estudianto que participara en

#### Formulario de Consentimiento del Estudiante y Padres



| El padre y el estudiante por la presente.  (Yo) Comprendo y acepto que la participacion 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 Estudia existencia de potencial peligros asociados con la participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede in esisones de aglán tipo; (c) la gravedad de lesisones peupeñas pueden variar desde lesiones menores como cortaduras, torcedidistensiones musculares hasta más lesiones graves en los huesos del cuerpo, ligamentos, tendones o músculos, hasta lesiones catastica en la cabeza, el cuallo y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, pará muerte; y, (d) incluso el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y el estricto cumplimiento de las reglas, las lesisquen siendo una posibilidad;  (3) Doy consentimiento y acepto la participación del Estudiante en las actividades de la NSAA sujetas a todas las interpretaciones estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la estudiante y acepto (a) la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgación por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la direccionos obretero por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la direccionos electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, fechas de asistencia, nivel de grado, esta escripción (por ejemplo, a tiempo completo o paracionada por la NSAA, registros médicos, y cualquier ota información relacionado en la delegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA, registros médicos, y cualquier ota información relacionado en acti | cual   | quier actividad de la  | NSAA.  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| Infirmante se el estudiante y los padres, tutores o personas a cargo del estudiante mencionado anteriormente y esta colectivamente re 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 Estudia exterior de potencial peligros asociados con la participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede in lesiones de algún tipo; (c) la gravedad de lesiones pequeñas pueden variar desde lesiones menores como cortaduras, torcedidistensiones musculares hasta más lesiones graves en los huescos del cuerpo, ligamentos, tendones o músculos, atales las lesiones satistates na cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, pará muert; y, (d) incluso el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y el estricto cumplimiento de las reglas, las les siguen siendo una posibilidad; (3) Doy consentimiento y acepto la participación del Estudiante en las actividades de la NSAA y las reglas de actividades de la estudiante y reglas de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección, octografía, feche y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, feches de asistencio, los direccionos, otografía, feche y lugar de nacimiento, campos principales de estudion desa de asistencio, el discusor por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección, octografía, feche y lugar de nacimiento, campos principales de estudion feches de asistencio registros ocroreo electrónico, octografía, feche y lugar de nacimiento, campos principales de estudion de las de asistations de la disconica de la macre de la disconica de la macre de la macre de la | Mie  | mbro de Escuela:   |  |  | FORM   | ИА C   |   |  |
| El padre y el estudiante por la presente. (Yo) Comprendo y acepto que la participacion en actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del Estudiante y es un nrivilegio. (2) Comprendo y acepto que (a) mediante este Formulario de Consentimiento, la NSAA ha proporcionado al Padre y al Estudia esterior de potencial peligros asociados con la participación atlética, (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede in lesiones de algún tipo, (c) la gravedad de lesiones pequeñas pueden variar desde lesiones menores como cordadras, torcedi distensiones musculares hasta más lesiones graves en los huesos del cuerpo, ligamentos, tentodose o misculos, hasta lesiones cetasti en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, para muerte, y, (d) incluso el miejor entrenamiento, el uso del miejor equipo de protección y el estrictio cumplimisto de las reglas, las lesiones estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades de la NSAA sujetas a todas las interpretaciones estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la estudiante participa; y (4) Doy consentiniento y acepto (a) la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgación por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección interes de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección interes de la NSAA, de información residuades y deportes oficialmente resocionados, por operado el encipación de lestudiante en actividades para actividades por parte de la NSAA, esta de la NSAA, esta de la NSAA, esta de la  |  |  | Lugar  | de nacimiento:   |  |  |   |  |
| (Yo) Comprendo y acepto que la participacion 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 existencia de potencial peligros asociados con la participación attélica; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede in lesiones de algún tipo; (c) la gravedad de lesiones pequeñas pueden variar desde lesiones menores como cortaduras, torced distensiones musculares hasta más lesiones graves en los hueses del cuerpo, ligamentos, tendones o músculos, hasta lesiones catesta en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, part en la cabeza, el cuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, part el guen siendo una posibilidad.  (3) Doy consentimiento y acepto la participación del Estudiante en las actividades de la NSAA sujetas a todas las interpretaciones estatutos y reglas de la INSAA para las participaciones en actividades participación el NSAA, y las reglas de actividades de la estatuto y reglas de la INSAA para las participaciones en actividades participación el NSAA, y las reglas de actividades de la estatuto y reglas de la INSAA para las participaciones en actividades de la secuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgossterior por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección por aparte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección por aparte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, el dirección, lotorgráfia, echa y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, fechas de assistencia, nivel de grado, esta inscrito per genero, a tempo completo o parcial) |  |  | e y los padres, tuto   | res o personas a car   | go del estudiante mencior  | nado anteriormente y   | esta colectivamente referido  |  |
| existencia de potencial peligros asociados con la participación attética; (b) la participación en cualquier actividad deportiva puede in lesiones de algún tipo; (c) la gravedad de lesiones peuçuñas pueden variar desde lesiones menores como cortaduras, torced distensiones musculares hasta más lesiones graves en los huesos del cuerpo, ligamentos, tendones o músculos, hasta lesiones catastica el acuello y la médula espinal, y en raras ocasiones, lesiones tan graves como para provocar discapacidad total, pará muerte; y, (d) incluso el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y el estricto cumplimiento de las reglas, las les isiguen siendo una posibilidad;  (3) Doy consentimiento y acepto la participación del Estudiante en las actividades de la NSAA sujetas a todas las interpretaciones estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la estimento 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 por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la dirección (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura en participación (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura e participación (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura e participación (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura e participación (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de participación (por ejemplo, a tiempo completo participación en actividades participación  | (Yo)   | Comprendo y acepto   |  | on en actividades pa   | trocinadas por la NSAA es  | s voluntaria por parte   | e del Estudiante y  |  |
| estatutos y reglas de la NSAA para las participaciones en actividades patrocinadas por la NSAA, y las reglas de actividades de la es miembro de la NSAA en la que el Estudiante participa; y  (4) Doy consentiniento y acepto (a) la divulgación por parte de la Escuela en la cual el Estudiante está inscrito en la NSAA, y la divulgosterior por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección, lista de teléfonos, la direcciororeo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, fechas de asistencia, nivel de grado, este inscripción (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura miembro de equipos deportivos, títulos, honores y premios recibidos, estadisticas sobre el desempeño, registros odocumen relacionada con la elegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA, estadisticas sobre el desempeño, registros odocumen relacionada con la elegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA, (5) el estudiante que está siendo fotografíado, grabado en grabado en audileo grabado por cualquier otro medio mientras participa en actividades y conceso de la NSAA, consiente y renu cualquier privacidad derechos con respecto a la exhibición de tales grabaciones, y renuncia a cualquier reclamo de propiedad u 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 enferm que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención preventiva, tratamie irehabilitación razonables y necesarias para estas lesiones, Esto también incluira el transporte el estudiante au no entro médico si necesario. Dicho personal licenciado en lesiones deportivas son proveedores de atención médica del Estudiante y la NSAA.  (6) Admito que los padres es | existes distention of the contract of the cont | tencia de potencial pe<br>ones de algún tipo; (<br>ensiones musculares l<br>a cabeza, el cuello y<br>erte; y, (d) incluso el r   | eligros asociados o<br>c) la gravedad de<br>nasta más lesiones<br>la médula espinal,<br>nejor entrenamient | con la participación a<br>lesiones pequeñas<br>graves en los hueso<br>y en raras ocasiono  | atlética; (b) la participación<br>s pueden variar desde le<br>es del cuerpo, ligamentos, t<br>es, lesiones tan graves co                           | n en cualquier activi<br>siones menores co<br>tendones o músculos<br>omo para provocar o   | dad deportiva puede implicar<br>mo cortaduras, torceduras y<br>s, hasta lesiones catastróficas<br>discapacidad total, parálisis y |  |
| costerior por parte de la NSAA, de información sobre el Estudiante, incluyendo el nombre, la dirección; lista de teléfonos, la direcciororeo electrónico, fotografía, fecha y lugar de nacimiento, campos principales de estudio, fechas de asistencia, nivel de grado, esta inscripción (por ejemplo, a tiempo completo o parcial), participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura miembro de equipos deportivos, títulos, honores y premios recibidos, estadísticas sobre el desempeño, registros odocumen relacionada con la elegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA; y (b) el estudiante que está siendo fotografíado, grabado en audio o grabado por cualquier otro medio mientras participa en actividades y concursos de la NSAA, consiente y renu cualquier privacidad derechos con respecto a la exhibición de tales grabaciones, y renuncia a cualquier reclamo de propiedad u 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 enferm que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención preventiva, tratamie rehabilitación razonables y necesarias para estas lesiones, Esto también incluiría el transporte del estudiante a un centro médico si 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 responsab aego de dichos servicios. Damos permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica del Estudiante, inclunformación y registros médicos confidenciales. Entendemos que esta divulgación se ha solicitado y se puede utilizar con el fin de deter a elegibilidad relacionada con la participación en actividades, estado físico, lesiones, estado de  | esta   | tutos y reglas de la N   | SAA para las parti   | cipaciones en activio  |  |  |   |  |
| (5) Doy consentimiento y acepto autorizar al personal autorizado de lesiones deportivas para evaluar y tratar cualquier lesión o enferm que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención preventiva, tratamie rehabilitación razonables y necesarias para estas lesiones, Esto también incluiría el transporte del estudiante a un centro médico si 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 responsabilizado del cichos servicios. Damos permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica del Estudiante y la NSAA empleados, personal, agentes, y consultores para divulgar y discutir todos los registros e información sobre el Estudiante, inclu información y registros médicos confidenciales. Entendemos que esta divulgación se ha solicitado y se puede utilizar con el fin de deter a 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 botencial de lesiones inherentes a la participación en actividades deportivas.  Nombre del Estudiante Firma del Estudiante  Yo soy) (Somos) [Circule elección apropiada] del estudiante (Padre) (Tutor). (Yo) (Nosotros) reconocemos que (Yo) (Nosotros) hemos os párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluyendo la disminución del riesgo potencial de lesión para mi estudiante, (Yo) (nosotros) por la presente otorgamos (mi) (nuestro) permiso [ponga el nombre del estudiante] para practicar y competir por lo mencionado anteriormente en la escuela secuan actividades aprobadas por la NSAA, excepto las tachadas a continuación:  Baseball Golf Tennis Play Production Basketball Swimming/Diving     | post<br>correinsc<br>mier<br>relact<br>a pa<br>grab  | (4) Doy consentiniento 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 nscripción (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 odocumentación relacionada con la elegibilidad para actividades patrocinadas por la NSAA, registros médicos, y cualquier otra información relacionada con a 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 |  |  |  |  |   |  |
| pago de dichos servicios. Damos permiso a todos y cada uno de los proveedores de atención médica del Estudiante y la NSAA ampleados, personal, agentes, y consultores para divulgar y discutir todos los registros e información sobre el Estudiante, inclu información y registros médicos confidenciales. Entendemos que esta divulgación se ha solicitado y se puede utilizar con el fin de deter a 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 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 os párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluyendo la disminución del riesgo potencios inherentes a la participación en actividades deportivas. Después de leer la advertencia en el párrafo (2) anterior y comprer riesgo potencial de lesión para mi estudiante, (Yo) (nosotros) por la presente otorgamos (mi) (nuestro) permiso [ponga el nombre del estudiante] para practicar y competir por lo mencionado anteriormente en la escuela secuen actividades aprobadas por la NSAA, excepto las tachadas a continuación:  Baseball Golf Tennis Play Production Basketball Swimming/Diving  | (5) [<br>que<br>reha   | Doy consentimiento y a ocurra durante la par bilitación razonables   | acepto autorizar al<br>ticipación del estu<br>y necesarias para  | personal autorizado<br>diante en las activid<br>estas lesiones, Esto                       | de lesiones deportivas pa<br>ades de la NSAA. Esto ir<br>también incluiría el trans  | ara evaluar y tratar cu<br>ncluye toda la atenci<br>porte del estudiante                   | ualquier lesión o enfermedad<br>ón preventiva, tratamiento y<br>a un centro médico si fuera                                       |  |
| (Yo soy) (Somos) [Circule elección apropiada] del estudiante (Padre) (Tutor). (Yo) (Nosotros) reconocemos que (Yo) (Nosotros) hemos os párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluyendo la disminución del riesgo potencies inherentes a la participación en actividades deportivas. Después de leer la advertencia en el párrafo (2) anterior y comprer riesgo potencial de lesión para mi estudiante, (Yo) (nosotros) por la presente otorgamos (mi) (nuestro) permiso [ponga el nombre del estudiante] para practicar y competir por lo mencionado anteriormente en la escuela secuen actividades aprobadas por la NSAA, excepto las tachadas a continuación::    Baseball   Golf   Tennis   Play Production   Basketball   Swimming/Diving  | oago<br>emp<br>nfor<br>a el  | o de dichos servicios.<br>leados, personal, ago<br>mación y registros mé<br>egibilidad relacionada<br>onozco que he leído lo   | Damos permiso a entes, y consultore dicos confidenciale con la participació os párrafos (1) al (6          | a todos y cada uno es para divulgar y ces. Entendemos que en en actividades, es            | de los proveedores de a<br>discutir todos los registros<br>esta divulgación se ha sol<br>tado físico, lesiones, esta<br>do y acepto los términos d | tención médica del<br>s e información sob<br>licitado y se puede u<br>do de la lesión o em | Estudiante y la NSAA y sus<br>ore el Estudiante, incluida la<br>tilizar con el fin de determinar<br>ergencia.y.                   |  |
| os párrafos (1) al (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluyendo la disminución del riesgo potenciesiones inherentes a la participación en actividades deportivas. Después de leer la advertencia en el párrafo (2) anterior y comprer riesgo potencial de lesión para mi estudiante, (Yo) (nosotros) por la presente otorgamos (mi) (nuestro) permiso [ponga el nombre del estudiante] para practicar y competir por lo mencionado anteriormente en la escuela secu en actividades aprobadas por la NSAA, excepto las tachadas a continuación::    Baseball   Golf   Tennis   Play Production   Basketball   Swimming/Diving  | √om  | bre del Estudiante   |  |  | Firma del Estudiante   |  | Fecha   |  |
| Baseball Golf Tennis Play Production Basketball Swimming/Diving  | os p<br>esid<br>iesg   | párrafos (1) al (6) ante<br>nes inherentes a la p<br>go potencial de le<br>po  | eriores, entendemo<br>articipación en act<br>sión para mi e<br>nga el nombre del e                         | os y aceptamos los i<br>ividades deportivas.<br>studiante, (Yo) (n<br>estudiante] para pra | términos de los mismos, i<br>Después de leer la adve<br>osotros) por la preser<br>cticar y competir por lo me                                      | incluyendo la dismin<br>rtencia en el párrafo<br>nte otorgamos (m                          | ución del riesgo potencial de<br>(2) anterior y comprender e<br>i) (nuestro) permiso para   |  |
|  |  | Baseball   | Golf   | Tennis   | Play Production  | Basketball   | Swimming/Diving   |  |
|  |  | Track  | Football   | Speech   | Cross Country  | Soccer   | Volleyball  |  |
| Music Unified Bowling Softball Wrestling Debate Journalism   |  | Music  | Unified Bowling  | Softball   | Wrestling  | Debate   | Journalism  |  |

# Escuelas de la Comunidad de Wayne Protocolo de gestión de conmociones cerebrales 2024-25 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 otro actividad física patrocinada por la escuela.

<u>Paso 1:</u> 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.

<u>Paso 2:</u> Se contactará a los padres o tutores del atleta sobre la sospecha de conmoció 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.

<u>Paso 3:</u> 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.

# <u>Paso 4</u>: 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.

### <u>Paso 5:</u> Prueba de Impacto: Evaluacion Inmediata Posterior a la Conmocion 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-

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

<u>Paso 6:</u> 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).

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 sintomas de reposo. Ninguna actividad fisica o mentalmente agotadora.
- Paso 2: Ejercicio aeróbico ligero. Actividad de bajo nivel. Sin levantamiento de pesas o entrenamiento de resistencia.
- Paso 3: Ejercicio aerobico 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 competicion.

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 polítican;

Chris Pavlik,MS,ATC Entrenador Atletico de Wayne HS Providence Fisioterapia / Providence Medical Center (402) 640-3901

| Yo        |            |           | P        | adre / tu   | tor de    |          |           |  |
|-----------|------------|-----------|----------|-------------|-----------|----------|-----------|--|
|           |            |           | he le    | eído la inf | formación | sobre la | as        |  |
| conmocion | es cerebra | ales y la | Ley de C | Conmoció    | n de Neb  | raska Ll | B260 y la |  |
| Enmienda  | de Regres  | o al Apre | endizaje | LB 923.     |           |          |           |  |
|           |            |           |          |             |           |          |           |  |
|           |            |           |          |             |           |          |           |  |
|           |            |           |          |             |           |          |           |  |
|           |            |           |          |             |           |          |           |  |
|           |            |           |          |             |           |          |           |  |

Firma de Padre o Guardian

## Formulario de Historial de Salud de las Escuelas Comunitarias de Wayne <u>Devuélvalo antes del 23 de agosto</u> o envíe un fax a Elementary (402)-375-1702 o High School (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 actua   |   |   |  |  |  |  |  |
|  | nentos o suplementos regularmente?  | ⊒No ⊒Sí   |  |  |  |  |  |
| 2. ¿Su hijo tiene una cond   | Por favor enumere:  |   |  |  |  |  |  |
| 3. ¿Su hijo ha sido hospita<br>Por favor enumere:  |   |   |  |  |  |  |  |
| 4. ¿Su hijo tiene alergias a   |   |   |  |  |  |  |  |
| 5. ¿Su hijo tiene alergias a   | oo y la reacción:<br>a medicamentos? □No □Sí                                    | ,   |  |  |  |  |  |
|  | ambientales, estacionales, a las abejas   | l/insectos o a las mascotas? □No □Sí                      |  |  |  |  |  |
| 7. Fecha del último: Exam  | en médico Examen de   | ntal Examen de la vista                                   |  |  |  |  |  |
| 8. En el último año, ¿su h   | ijo recibió alguna vacuna? Tipo   | FechaClínica  |  |  |  |  |  |
| □ <b>SÍ</b> , mi hijo recibe atención m  | édica para las siguientes condiciones a   | a continuación: o DNO condiciones médicas a continuación  |  |  |  |  |  |
| Asma □No □SíInhala   | ador/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/intestinale  | s⊒No □Sí  | Preocupaciones mentales/emocionales/de                    |  |  |  |  |  |
| Enfermedad renal □No □Sí _   |   | comportamiento/depresión □No □Sí                          |  |  |  |  |  |
| Problemas de visión/audición/n   | novilidad □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   | ¿Hay algo más sobre la salud de su hijo que cree que es importante que sepamos? |   |  |  |  |  |  |
| Firms del nadre  |   | Fecha   |  |  |  |  |  |