



NMAA EVALUACIÓN PREVIA A LA PARTICIPACIÓN PAQUETE

De acuerdo con el Estatuto de la Asociación de Actividades de Nuevo México 6.15,
el siguiente paquete de examen físico deportivo debe usarse para todos los exámenes previos a la participación.

OBJETIVO

La evaluación previa a la participación está diseñada para detectar lesiones, enfermedades u otros factores que aumentan el riesgo de lesión o enfermedad de un atleta. Los expertos en el campo del entrenamiento atlético, la medicina deportiva, la ortopedia, la medicina familiar, la pediatría y la osteopatía coinciden en que la identificación de los factores predisponentes que amenazan la seguridad de uno es vital para la participación en el deporte y servirá para mejorar la salud y la seguridad de los atletas y personas activas individuos.

La NMAA emplea el uso de la Monografía de evaluación física previa a la participación (PPE), 5.ª edición. La monografía de EPP fue desarrollada por la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, la Academia Estadounidense de Pediatría, el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, la Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, la Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y la Academia Estadounidense de Osteopatía de Medicina Deportiva. También cuenta con el respaldo de la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo y la Federación Nacional de Asociaciones de Escuelas Secundarias Estatales. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la NMAA también respalda el uso de la 5.ª Monografía de EPP.

FORMULARIOS REQUERIDOS DE PPE NMAA

	Terminada
✓ Información de emergencia (padre/tutor).....	<input type="checkbox"/>
✓ *Formulario de Historia Médico (padre/tutor)	<input type="checkbox"/>
✓ *Physical Examination (HCP)	<input type="checkbox"/>
✓ Medical Eligibility (HCP)	<input type="checkbox"/>
✓ Consentimiento para tratar (padre/tutor).....	<input type="checkbox"/>
✓ Conciencia de conmoción cerebral (padre/tutor/estudiante).....	<input type="checkbox"/>

**Los formularios de historial médico y examen físico deben permanecer con el padre/tutor y/o proveedor de atención médica, a menos que el padre/tutor proporcione una autorización por escrito para entregar los formularios a la escuela.*

PARA PADRES

- ✓ El **formulario de Historia Médico** debe ser llenado en conjunto con su hijo o hija previo a la cita.
- ✓ Preste especial atención a las "**Preguntas sobre la salud del corazón**" que figuran en el **formulario de historial médico**.
- ✓ Los **formularios de historial médico y examen físico** deben permanecer con usted y/o su proveedor de atención médica a menos que se proporcione una autorización por escrito para divulgar esta información a la escuela.
- ✓ Devuelva todos los demás formularios a la escuela.

FOR SCHOOLS

- ✓ Schools should collect **Emergency Information, Medical Eligibility, Consent to Treat, and Concussion Awareness** forms.
- ✓ The **Medical History** and **Physical Examination** forms should NOT be collected unless written authorization is received from the parent/guardian.

NOTES FOR APPROVED HCP

- ✓ Healthcare providers should review **Medical History** prior to evaluation.
- ✓ Healthcare providers should complete and sign the **Physical Examination** and **Medical Eligibility** forms.
- ✓ **Medical Eligibility** form should be returned to the parent/guardian to submit to the school.
- ✓ **Physical Examination** form should be returned to the parent/guardian to secure.
- ✓ **American Academy of Pediatrics Cardiac Screening Guidance:**
 - Primary care providers should be aware of features of the clinical history, family history and physical examination suggestive of a risk for SCA/SCD.
 - A thorough history, family history and physical examination are necessary to begin assessing for SCA/SCD risk.
 - The ECG should be the first test ordered when there is concern for SCA risk. It should be interpreted by a medical provider trained in recognizing electrical heart disease.
 - Survivors of SCA and family members of those with SCA or SCD should have a thorough evaluation to assess for a potential genetic etiology.



INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

(Padre/Tutor, complete antes del examen)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE (Último, Primera, MI): _____ EDAD: ____ GRADO DE: ____ FDN: ____/____/____

EMAIL: _____ CELÚLA: _____

DOMOCILIO: _____
Calle Ciudad Estado Zip

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #1

NOMBRE (Último, Primera): _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EMAIL: _____

DOMOCILIO: _____
Calle Ciudad Estado Zip

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (si es aplicable)

NOMBRE (Último, Primera): _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EMAIL: _____

DOMOCILIO: _____
Calle Ciudad Estado Zip

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE (Último, Primera): _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EMAIL: _____

DOMOCILIO: _____
Calle Ciudad Estado Zip

SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes / lesiones antes de la participación)

Compañía de seguros	Número de póliza	Identificación de grupo
---------------------	------------------	-------------------------

DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda)

Otoño	Invierno	Primavera	Otra
<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Basketball	<input type="checkbox"/> Baseball	<input type="checkbox"/> Bowling
<input type="checkbox"/> Football	<input type="checkbox"/> Cheer	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soccer	<input type="checkbox"/> Dance	<input type="checkbox"/> Softball	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volleyball	<input type="checkbox"/> Powerlifting	<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Swimming/Diving	<input type="checkbox"/> Track/Field	
	<input type="checkbox"/> Wrestling		

VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)

Imprimir nombre _____ Firmar nombre _____

fecha _____

Se debe colocar una copia de este formulario en el archivo médico del atleta y no se debe compartir con escuelas u organizaciones deportivas sin la autorización por escrito del padre/tutor.

El Formulario de elegibilidad médica es el único formulario que se debe presentar en una escuela u organización deportiva.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

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): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis
 Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

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).

	Sí	No
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

	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
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	No está seguro/a	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 inexplicables)?			
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)	No está seguro/a	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 tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
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?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	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: _____

This form should be returned to the parent to secure and should not be shared with schools or sports organizations without written authorization from parent/guardian.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

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

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization. History and Physical Examination forms should not be shared with schools or sports organizations without written authorization from parent/guardian.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

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: _____

NEW MEXICO ACTIVITIES ASSOCIATION

6600 PALOMAS AVE. NE
ALBUQUERQUE, NM 87109
PHONE: 505-923-3110
FAX: 505-923-3114



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA FORMA

El consentimiento de los padres para atletas menores generalmente se requiere para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de heridas y enfermedades, junto con decisiones sobre el retorno a jugar después de una herida o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para proporcionar el consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y seguridad de los atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor.

En consecuencia, como miembro de la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas en inglés),

_____ (nombre de la escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que un padre / tutor legal dé su consentimiento por escrito para la prestación de la medicina deportiva necesaria servicios a su atleta menor por parte de un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado por la escuela / distrito / NMAA, en la medida en que QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante / atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador atlético, un médico / médico osteópata, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia del estado de Nuevo México (o el estado en el que se encuentra el estudiante / atleta en el momento en que ocurre la herida / enfermedad) y quién está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Nuevo México. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico o un técnico médico de emergencias certificado, pero solo con el propósito de proporcionar atención y transporte de emergencia según lo estipulado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE O TIPO

"Yo, _____ el abajo firmante, soy el padre / tutor legal de,

_____, un menor y estudiante-atleta en _____

(nombre de la escuela o distrito) que pretende participar en deportes y / o actividades interescolares. Entiendo que la escuela / distrito / NMAA puede emplear o designar QMP's (como se definió anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se definió anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela / distrito, durante las cuales otros QMP son responsables por proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para que preporencione servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el retorno al juego de acuerdo con el alcance de la práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Nuevo México lo limite. También entiendo que la documentación correspondiente a cualquier servicio de medicina deportiva que se preporenciona al menor antes mencionado, puede ser mantenida por el QMP. Por la presente autorizo al QMP que preporenciona dichos servicios al menor antes mencionado para que divulgue dicha información sobre la herida / enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de vuelta al juego del atleta a aquellos que, según el criterio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y una recuperación de la herida / enfermedad, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores, al director deportivo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del salón de clases que tenga que proporcionar alojamiento académico para asegurar la recuperación y el retorno seguro de la actividad del estudiante atleta, y cualquier QMP que lo trate.

Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la herida o enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una herida / enfermedad deben ser tomadas por el QMP empleado / designado por la escuela / distrito / NMAA."

Fecha: _____ **Firma:** _____



NMAA New Mexico Activities Association **CONMOCION EN DEPORTES**

Una Hoja Informativa para Padres y Atletas

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una concusión es una lesión que cambia cómo funcionan normalmente las células en el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que hace que el cerebro se mueva rápidamente dentro del cráneo. Aún, un “tope de cabeza” o “sentirse como mareado,” o lo que parece ser un mediano golpe en la cabeza pueden ser serios. Conmociones pueden ser el resultado de una caída o de jugadores chocándose con otro atletas o con obstáculos, como un poste.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Observado por el atleta

- Dolor de cabeza
- Nausea o vomitina
- Problemas de equilibrio o mareos.
- Visión doble o borrosa
- Molestado por luz
- Molestado por ruido
- Sentimiento moroso, taranteado o mareado
- Problemas en prestando atención
- Problemas en recordando
- Confusión
- No “se siente bien”

Observados por los padres/ tutores

- Está confundido acerca de cesión o posición
- No está seguro del partido, el tanteo, o oponente
- movimiento torpe
- Contesta preguntas despacio
- Falta conciencia (poco tiempo)
- Muestra los cambios de comportamiento o personalidad. No puede recordarse de lo que pasó después de una caída o un golpe
- Aparece atontado o aturdido

QUÉ HACER SI LAS SEÑALES/LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁN PRESENTES

Atleta

- ¡INMEDIATAMENTE, DIGALE A SU ENTRENADOR!
- Dígale a sus padres
- Busca atención Medical
- Darse tiempo para recuperar

Pariente/ Tutor

- Busca atención de Medico
- Mantenga a su hijo fuera de juego
- Discutir un plan para volver a participación con su entrenador

Es mejor perder un partido que toda la temporada.

Tomase tiempo para recuperar. Si usted ha tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro todavía esta sanando, es mucho mas probable a tener una segunda conmoción. Conmoción cerebral de Segundo o posterior puede causar daño al cerebro. Es importante descansar hasta la aprobación de un médico o un médico profesional para volver a jugar.

VOLVER A PAUTAS DE JUEGO EN SB137

1. Eliminar inmediatamente de la actividad cuando muestra señales o tiene síntomas.
2. No debe volver a la actividad antes de un mínimo de 240 horas (10 días).
3. Liberación de un médico profesional requerido para el retorno. Siga el retorno del distrito escolar para reproducir las pautas.
4. Entrenadores continúan supervisar para las muestras/síntoma desde atléticos vuelva a actividad.

Los estudiantes necesitan descanso cognitiva desde el aula, los mensajes de texto, teléfonos celulares, etc.

REFERENCIAS EN EL PROYECTO DE LEY SENADO 137 Y LESIONES CEREBRALES

Senate Bill 137:

<https://www.nmlegis.gov/Sessions/17%20Regular/final/SB0038.pdf>

Para más información sobre lesiones cerebrales consulte los siguientes sitios web:

<http://nfhslearn.com/courses/61059/concussion-for-students>

<http://www.nfhs.org/resources/sports-medicine>

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

<http://www.stopsportsinjuries.org/concussion.aspx>

<http://www.ncaa.org/health-and-safety/medical-conditions/concussions>



FIRMAS

Por firmando debajo acusar recibo y revista the conectiva NMAA's *Conmoción cerebral en deportes hoja para los atletas y los padres*. También yo recibo y entenderlo los peligros of cerebro lesión vinculado con participación en actividades atléticos de escuela, y Soy consciente del estado Senado proyecto de ley 137 de nuevo México; Concussion Law.

Firma de Atletas

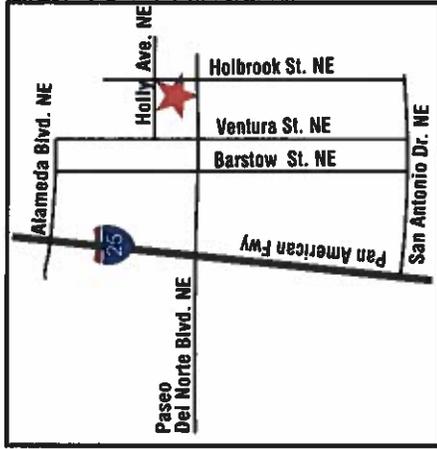
Escriba Nombre

Fecha

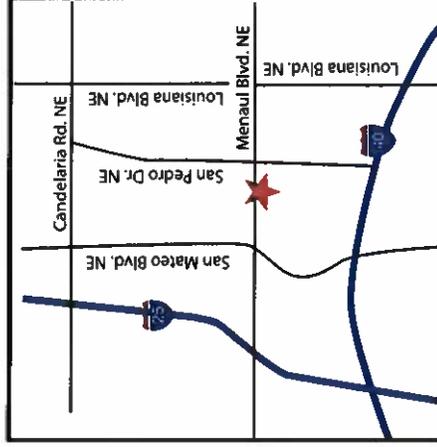
Firma de Padres/ Tutor

Escriba Nombre

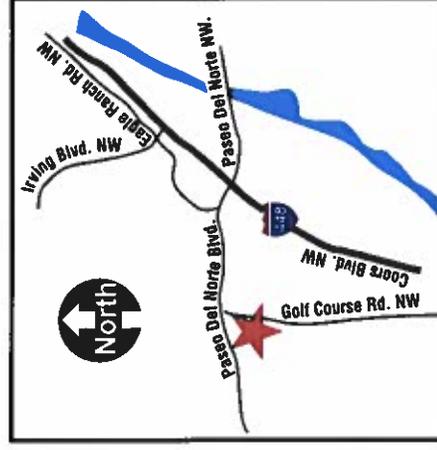
Fecha



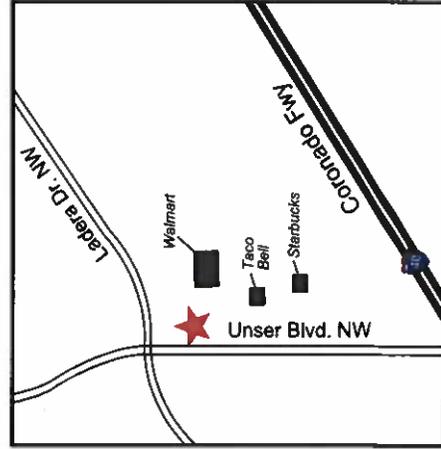
9551 Paseo Del Norte Blvd. NE #D
 Albuquerque, NM 87122



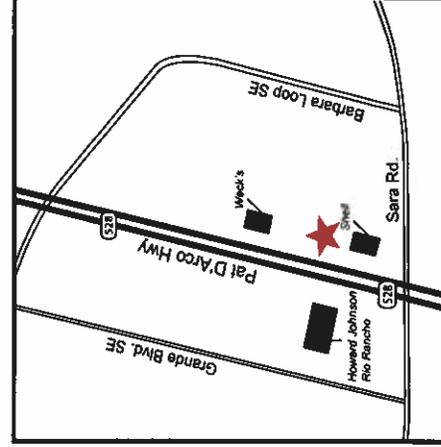
5504 Menaul Blvd. NE #F
 Albuquerque, NM 87110



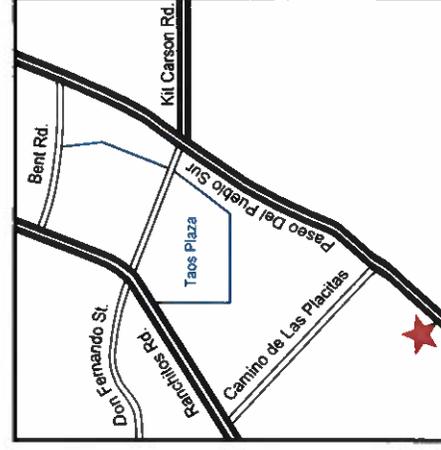
8201 Golf Course Road NW #A3
 Albuquerque, NM 87120



1800 Unser Blvd., #500
 Albuquerque, NM 87120



1630 Rio Rancho Dr. SE #101
 Rio Rancho, NM 87124



330 C Paseo Del Pueblo Sur
 Taos, NM 87571