Arizona School for the Deaf and Blind

1200 W. Speedway Blvd
Tucson, AZ 85745
(520) 770-3204 phone
(520) 770-3657 fax

PE / Athletics Department

Dear Parents/Guardians: June 2020

All of coaches at Arizona School for the Deaf and the Blind are looking forward to welcoming our student-athletes in August. As always, the beginning of a new year is full of great anticipation. With the situation today we have with Covid-19, it is important to have a good start and student-athletes could participate safely right away. **There is a critical change regarding to the physical evaluation form so please read the next paragraph carefully**

Due to COVID-19, some families and athletes might not feel comfortable visiting their primary care provider to have the physical forms filled out and signed by a doctor. While AIA endorses that primary care, offices are taking necessary precautions to minimize you and your family's risk of being exposed to COVID-19. We also want to respect the choices you make for your family's health, while still honoring the AIA commitment to player health and safety. For these reasons, the AIA with support from the AIA sports medicine advisory committee is adopting the following guidelines for the 2020-2021 school year.

1. The 2019-2020 sports physical shall be accepted for the 2020-2021 school year if the following criteria are met over the time period since the athletes 2019-2020 sports physical.

    a. Athlete has a 2019-2020 AIA sports physical on file with the school he/she is attending for 2020-2021.
    b. Athlete did not have any new injury or illness requiring outside medical evaluation or if injury did occur, was released for full athletic participation by a medical professional.
    c. Athlete did not have a concussion
    d. Athlete did not receive a new medical diagnosis
    e. Athlete has not had COVID -19

2. If any of the above criteria are not meet, athlete must see his/her primary care provider and have an updated sports physical for 2020-2021.

    If you are not sure if we have your child's old registration packet for 2019-2020, you could email and ask Brandon Decker at brandondecker@asdb.az.gov.

3. If child does not have a 2019-2020 sports physical form on file at ASDB then you need to complete a 2020-2021 sports physical (Page 4 and 5).

Arizona School for the Deaf and Blind
PE / Athletics Department
1200 W. Speedway Blvd
Tucson, AZ 85745
(520) 770-3204 phone
(520) 770-3657 fax

Estimados padres/tutores: Junio del 2020

Todos los entrenadores del Arizona School for the Deaf and Blind esperan dar la bienvenida a nuestros estudiantes atletas en agosto. Como siempre, el comienzo de un nuevo año está lleno de grandes expectativas. Con la situación que tenemos hoy con el Covid-19, es importante tener un buen comienzo y los estudiantes atletas pueden participar de manera segura de inmediato. **Hay un cambio crítico con respecto al formulario de evaluación física, así que lea el siguiente párrafo cuidadosamente.**

Debido al COVID-19, algunas familias y atletas puedan no sentirse cómodos visitando a su proveedor de atención primaria para que un médico complete y firme los formularios físicos. Mientras el AIA respalda esa atención primaria, las oficinas están tomando las precauciones necesarias para minimizar el riesgo para usted y su familia de estar expuestos al COVID-19. También queremos respetar las decisiones que haga por la salud de su familia, minetras que respetamos el compromiso de AIA con la salud y seguridad de los jugadores. Por estas razones, la AIA con el apoyo del comité asesor de medicina deportiva de la AIA está adoptando las siguientes pautas para el año escolar 2020-2021.

1. El examen físico deportivo 2019-2020 se aceptará para el año escolar 2020-2021 si se cumplen los siguientes criterios durante el período transcurrido desde el examen físico deportivo 2019-2020 de los atletas.

    a. El atleta tiene un examen físico deportivo AIA 2019-2020 en el archivo de la escuela a la que asiste para el 2020-2021.
    si. El atleta no tuvo ninguna lesión o enfermedad nueva que requiriera una evaluación médica externa o, en caso de que ocurriera una lesión, un profesional médico lo autorizo para su participación deportiva completa.
    C. El atleta no tuvo una conmoción cerebral
    d. El atleta no recibió un nuevo diagnóstico médico
    e. El atleta no ha tenido COVID -19

2. Si alguno de los criterios anteriores no se cumplen, el atleta debe ver a su proveedor de atención primaria y tener un examen físico deportivo actualizado para el 2020-2021.

    Si no está seguro de si tenemos el paquete de registro anterior de su hijo para el 2019-2020, puede enviar un correo electrónico y preguntarle a Brandon Decker a brandondecker@asdb.az.gov.

4. You are still required to complete page 3, 8, 9, 10 and 11 even if we will use the physical form from 2019-2020. Please make sure each form is signed by both you and your child.

Page 1 – A letter from the ASDB Athletic Department (1st page)
Page 2 – A letter from the ASDB Athletic Department (2nd page)
Page 3 – ASDB Athletic Medical Information
Page 4 – Annual Preparticipation Physical Evaluation (1st page) *
Page 5 – Annual Preparticipation Physical Evaluation (2nd page) *
Page 6 – Annual Preparticipation Physical Evaluation (3rd page) **
Page 7 – Annual Preparticipation Physical Evaluation (4th page) **
Page 8 – AIA MTBI and Concussion Statement and Acknowledgement
Page 9 – Consent to Treat Form
Page 10– ASDB Pursuing Victory with Honor Contract
Page 11 – Athletics Eligibility

* To be filled out by the parents or guardian and student athlete
** To be filled out by the physician with assistance from the parent or guardian

You are to fill out the Athletic registration packet only if your child will turn 9 during or before 2020 – 2021 school session and also plan to participate in a sport at ASDB. Otherwise, please discard this packet.

Thank you for your cooperation in this matter. **We're looking forward to a healthy and safe athletic year!**

Brandon Decker
Coordinator of PE/Athletics

3. Si el niño no tiene un formulario físico deportivo del 2019-2020 en el archivo de ASDB, entonces debe completar un examen físico deportivo del 2020-2021 (páginas 4 y 5).

4. Aún debe completar las páginas 3, 8, 9, 10 y 11, incluso si usaremos el formulario físico del 2019-2020. Asegúrese de que cada formulario esté firmado por usted y su hijo.

Página 1 - Una carta del Departamento de Atletismo de ASDB (1ª página)
Página 2 - Una carta del Departamento de Atletismo de ASDB (2ª página)
Página 3 - Información médica atlética de ASDB
Página 4 - Evaluación física previa a la participación anual (1ª página) *
Página 5 - Evaluación física previa a la participación anual (2ª página) *
Página 6 - Evaluación física previa a la participación anual (3ª página) **
Página 7 - Evaluación física previa a la participación anual (4ª página) **
Página 8 - La forma de reconocimiento y la declaración anual de la lesión cerebral traumática leve (MTBI, por sus siglas en inglés)/la conmoción cerebral
Página 9 - Formulario de consentimiento para tratar
Página 10 - Contrato de victoria con honor de ASDB
Página 11 - Elegibilidad para atletismo

* Para ser completado por los padres o tutores y el atleta estudiante
** Para ser completado por el médico con la ayuda de los padres o tutores

Debe completar el paquete de inscripción atlética solo si su hijo cumplirá 9 años durante o antes de la sesión escolar 2020-2021 y también planea participar en un deporte en ASDB. De lo contrario, deshágase de este paquete.

Gracias por su cooperación en este asunto. **¡Esperamos tener un año deportivo saludable y seguro!**

Brandon Decker
Coordinador de la Educación Física/Atletismo

ASDB ATHLETICS MEDICAL INFORMATION FORM

The following information is necessary to provide the best medical care possible for every athlete. Fill out this form ***completely.***

PLEASE PRINT

Athlete's Full Name:_____

DOB:_____ Circle: ASD / ASB Grade: _____

Parent/Guardian Name:_____

Home Phone:_____ Business Phone:_____

Text Number: _____

Parent/Guardian Email Address: _____

Home/Mailing Address:_____City:_____State: ____ Zip: _____

Family Physician:_____ Office Phone:_____

IN CASE OF EMERGENCY/CONTACT (Name other than parent/guardian)

Name:_____Phone:(_____)_____

Address:_____City:_____State:_____Zip:_____

MEDICATION ADMINISTRATION:

Any medication your athlete requires during off campus activities must be provided by you, the parent/guardian, in a prescription container with the direction for administration.

CONSENT FOR EMERGENCY CARE:

Be it known that I/we, the undersigned parents/guardians of the student-athlete named above, do hereby give and grant unto any medical doctor or hospital my consent and authorization to render such aid, treatment or care to said student-athlete as, in the event said student should be injured or stricken ill while participating in an interscholastic activity sponsored or sanctioned by the Arizona Athletic Association, Inc. of which the Arizona State Schools for the Deaf and the Blind is a member. It is hereby understood that the consent and authorization hereby given and granted, are continuing, and are intended by me to extend throughout the current school year. It is further understood that any medical expense incurred and not covered by insurance will be my sole obligation.

PARENTS'/GUARDIANS' SIGNATURE: _____ Date:_____

El formulario de información médica de atletismo del Arizona State Schools for the Deaf and the Blind (ASDB, por sus siglas en inglés)

La información siguiente es necesaria para proveerle la mejor atención médica a cada atleta. Rellene este formulario ***completamente.***

POR FAVOR ESCRIBE

El nombre completo del atleta:_____

Fecha de nacimiento:_____ Encierre con un circulo: ASD / ASB (sordos)/(ciegos) Grado: _____

Nombre del padre/tutor:_____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de negocio:_____

Número para mandar/recibir mensajes de texto: _____

El correo electrónico del padre/tutor: _____

La dirección postal/de casa: _____Ciudad: _____Estado: ____ Código Postal: _____

Médico de cabecera:_____ Teléfono de la clínica: _____

Contacto/en caso de una emergencia (Nombre distinto a del padre/tutor)

Nombre:_____ Teléfono:( )_____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código Postal: _____

La administración de medicamento:
Cualquier medicamento que su hijo requiere durante las actividades en las horas fuera de la escuela debe ser proveído por usted, el padre/tutor, en un frasco de receta con las instrucciones para la administración.

El consentimiento para la atención de emergencia:
Que conste que yo/nosotros, los padres/tutores de abajo firmante del atleta estudiantil nombrado arriba, por la presente doy y concedo a cualquier medico u hospital mi consentimiento y autorización para proveer dicha ayuda, tratamiento o atención a dicho atleta estudiantil como, en el evento que dicho estudiante sea lesionado o afligido por una enfermedad mientras participe en las actividades interescolares patrocinadas o sancionadas por la Arizona Athletic Association, Inc. de cual las escuelas estatales de Arizona para los sordos y los ciegos es miembro. Por la presente se entiende que el consentimiento y la autorización otorgados y concedidos, continúan, y llevan mi intensión de extenderse a lo largo del año escolar actual. Se entiende además que cualquier gasto medico incurrido y no cubierto por el seguro médico será mi exclusiva obligación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha:_____

AIA
ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE
The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

(The parent or guardian should fill out this form with assistance from the student-athlete) Exam Date: _____

Name: _____
Home Address: _____
Phone: _____
Date of Birth: _____
Age: _____
Gender: _____
Grade: _____
School: _____
Sport(s): _____
Personal Physician: _____
Hospital Preference: _____

In case of emergency contact:
Name: _____
Relationship: _____
Phone (Home): _____
Phone (Work): _____
Phone (Cell): _____

Name: _____
Relationship: _____
Phone (Home): _____
Phone (Work): _____
Phone (Cell): _____

Explain "Yes" answers on the following page.
Circle questions you don't know the answer to.

	Y	N
1) Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?	☐	☐
2) Do you have an ongoing medical conditional (like diabetes or asthma)?	☐	☐
3) Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medicines or supplements? (Please specify): _____	☐	☐
4) Do you have allergies to medicines, pollens, foods or stringing insects? (Please specify): _____	☐	☐
5) Does your heart race or skip beats during exercise?	☐	☐
6) Has a doctor ever told you that you have (check all that apply): ☐ High Blood Pressure ☐ A Heart Murmur ☐ High Cholesterol ☐ A Heart Infection		
7) Have you ever spent the night in a hospital?	☐	☐
8) Have you ever had surgery?	☐	☐
9) Have you ever had an injury (sprain, muscle/ligament tear, tendinitis, etc.) that caused you to miss a practice or game? (If yes, check affected area in the box below in question 11)	☐	☐
10) Have you had any broken/fractured bones or dislocated joints? (If yes, check affected area in the box below in question 11):	☐	☐
11) Have you had a bone/joint injury that required X-rays, MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation physical therapy, a brace, a cast or crutches? (If yes, check affected area in the box below):	☐	☐

☐ Head ☐ Neck ☐ Shoulder ☐ Upper Arm ☐ Elbow ☐ Forearm
☐ Hand/Fingers ☐ Chest ☐ Upper Back ☐ Lower Back ☐ Hip ☐ Thigh
☐ Knee ☐ Calf/Shin ☐ Ankle ☐ Foot/Toes

 NextCare is the preferred partner of the AIA. It is not required you visit NextCare locations for your healthcare needs.

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE — The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 La evaluación física previa a la participación anual

(El padre o el tutor debe llenar esta forma con la ayuda del atleta estudiantil.)

Nombre: _____
Dirección:
Telefóno:
Fecha de nacimiento:
Edad:
Sexo:
Grado:
Escuela:
Deorte(s):
Médico personal: _____
Hospital preferido:

Contacto en caso de emergencia:
Nombre:
Relación:
Telefóno(Casa):
Telefóno (Trabajo):
Telefóno (Celular):

Nombre:
Relación:
Telefóno (Casa):
Telefóno (Trabajo):
Telefóno (Celular):

Explique las repuesta "sí" en la siguiente página. Encierre con un círculo a las preguntas que no sabe como responder.

		Sí	No
1)	¿Alguna vez se le ha negado o restringido su participación en los deportes por cualquier razón por un médico?	☐	☐
2)	¿Tiene una condición médica en desarrollo (como diabetes o asma)?	☐	☐
3)	¿Actualmente esta tomando algun medicamento o suplemento con o sin receta? (Por favor especifique):	☐	☐
4)	¿Tiene alergia a medicamentos, pólenes, alimentos o insectos que pican? (Por favor especifique):	☐	☐
5)	¿Se le acelera el corazón o salta latidos durante el ejercicio?	☐	☐
6)	Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todos los que aplican):	☐	☐

☐ Alta presión sanguínea ☐ Un soplo cardíaco ☐ El colesterol alto ☐ Una infección cardíaca

7)	¿Ha pasado la noche en el hospital?	☐	☐
8)	¿Ha tenido alguna cirugia?	☐	☐
9)	¿Ha sufrido una herida (esguince, desgarre mucular/de ligamentos, tendinitis, etc.) que causo que se perdiera una practica o un partido? (Si es así, marque todas las áareas afectadas en la cajas siguientes en la pregunta 11)	☐	☐
10)	¿Ha sufrido de algun hueso roto/fracturado o dislocación de las conyuncturas? (Si es así, marque todas las áreas afectadas en la cajas siguientes en la pregunta 11)	☐	☐
11)	¿Ha sufrido una herida de hueso/conyunctura que requeria radiografías, imagen de resonancia magnetizada, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, terapia fisica de rehabilitación, una banda de soporte, un yeso o muletas? (Si es así, marque la área afectada en las cajas siguientes):	☐	☐

☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Hombro ☐ Brazo superior ☐ Codo ☐ Antebrazo
☐ Mano/Dedos ☐ Pecho ☐ Espalda superior ☐ Espalda baja ☐ Cadera ☐ Muslo
☐ Rodilla ☐ Pantorilla/Espinilla ☐ Tobillo ☐ Pie/Dedos

	Y	N
12) Have you ever had a stress fracture?	☐	☐
13) Have you ever been told that you have, or have you had an X-ray for atlantoaxial (neck) instability?	☐	☐
14) Do you regularly use a brace or assistive device?	☐	☐
15) Has a doctor told you that you have asthma or allergies?	☐	☐
16) Do you cough, wheeze or have difficulty breathing during or after exercise?	☐	☐
17) Is there anyone in your family who has asthma?	☐	☐
18) Have you ever used an inhaler or taken asthma medication?	☐	☐
19) Were you born without, are you missing, or do you have a nonfunctioning kidney, eye, testicle or any other organ?	☐	☐
20) Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?	☐	☐
21) Do you have any rashes, pressure sores or other skin problems?	☐	☐
22) Have you had a herpes skin infection?	☐	☐
23) Have you ever had an injury to your face, head, skull or brain (including a concussion, confusion, memory loss or headache from a hit to your head, having your "bell rung" or getting "dinged")?	☐	☐
24) Have you ever had a seizure?	☐	☐
25) Have you ever had numbness, tingling or weakness in your arms or legs after being hit, falling, stingers or burners?	☐	☐
26) While exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill?	☐	☐
27) Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐
28) Have you ever been tested for sickle cell trait?	☐	☐
29) Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐
30) Do you wear glasses or contact lenses?	☐	☐
31) Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	☐	☐
32) Are you happy with your weight?	☐	☐
33) Are you trying to gain or lose weight?	☐	☐
34) Has anyone recommended you change your weight or eating habits?	☐	☐
35) Do you limit or carefully control what you eat?	☐	☐
36) Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?	☐	☐

Females Only

	Y	N
37) Have you ever had a menstrual period?	☐	☐
38) How old were you when you had your first menstrual period?	_____	
39) How many periods have you had in the last year?	_____	

Explain "Yes" Answers Here

	Sí	No
12) ¿Ha sufrido una fractura por fatiga?	☐	☐
13) ¿Alguna vez le han dicho o ha tenido una radiografía para la instabilidad atlantoaxial (cuello)?	☐	☐
14) ¿Regularmente usa una banda de soporte o un dispositivo de asistencia?	☐	☐
15) ¿Le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?	☐	☐
16) ¿Tiene tos, resuello o dificultad con la respiración durante o después del ejercicio?	☐	☐
17) ¿Hay alguien en su familia que sufre de asma?	☐	☐
18) ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamento para el asma?	☐	☐
19) ¿Nació sin, o le falta o tiene un riñón, ojo, testículo u otro órgano que no funcione?	☐	☐
20) ¿Ha tenido la mononucleosis (mono) dentro del último mes?	☐	☐
21) ¿Tiene sarpullido, llagas por presión u otro problema de la piel?	☐	☐
22) ¿Ha tenido una infección de herpes de la piel?	☐	☐
23) ¿Alguna vez a sufrido una herida en la cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluyendo una conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza de un golpe a la cabeza, donde lo han "noqueado" o que se haya "ido")?	☐	☐
24) ¿Ha sufrido una convulsión epileptica?	☐	☐
25) ¿Alguna vez a sufrido entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas después de un golpe, una caida, un nervio comprimido o sensación de quemadura?	☐	☐
26) ¿Mientras hace ejercicio en el calor, sufre de calambres musculares severos o se enferma?	☐	☐
27) ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falsiformes?	☐	☐
28) ¿Le han hecho la prueba para el rasgo de las células falsiformes?	☐	☐
29) ¿Ha tenido problemas con sus ojos o con la visión?	☐	☐
30) ¿Usa lentes o pupilentes?	☐	☐
31) ¿Usa protección de ojos, tales como gafas protectoras o un protector de la cara?	☐	☐
32) ¿Esta contento con su peso?	☐	☐
33) ¿Esta tratando de subir o bajar de peso?	☐	☐
34) ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus habitos alimenticios?	☐	☐
35) ¿Limita o controla cuidadosamente de lo que come?	☐	☐
36) ¿Tiene alguna preocupación que quiere discutir con un médico?	☐	☐

Solo las mujeres

	Sí	No
37) ¿Ha tenido un periodo menstrual?	☐	☐
38) ¿Cuantos años tenia cuando tuvo su primer periodo menstrual?	_____	
39) ¿Cuantos periodos menstruales ha tenido en el último año?	_____	

Explique sus respuestas de "Sí" aquí

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

The physician should fill out this form with assistance from the parent or guardian.)

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Patient History Questions: Please Tell Me About Your Child...

		Y	N
1)	Has your child fainted or passed out DURING or AFTER exercise, emotion or startle?	☐	☐
2)	Has your child ever had extreme shortness of breath during exercise?	☐	☐
3)	Has your child had extreme fatigue associated with exercise (different from other children)?	☐	☐
4)	Has your child ever had discomfort, pain or pressure in his/her chest during exercise?	☐	☐
5)	Has a doctor ever ordered a test for your child's heart?	☐	☐
6)	Has your child ever been diagnosed with an unexplained seizure disorder?	☐	☐
7)	Has your child ever been diagnosed with exercise-induced asthma not well controlled with medication?	☐	☐

Family History Questions: Please Tell Me About Any Of The Following In Your Family...

		Y	N
8)	Are there any family members who had sudden/unexpected/unexplained death before age 50? (including SIDS, car accidents drowing or near drowning)	☐	☐
9)	Are there any family members who died suddenly of "heart problems" before age 50?	☐	☐
10)	Are there any family members who have unexplained fainting or seizures?	☐	☐
11)	Are there any relatives with certain conditions, such as:	☐	☐

	Y	N		Y	N
Enlarged Heart	☐	☐	Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia (CPVT)	☐	☐
Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM)	☐	☐	Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy (ARVC)	☐	☐
Dilated Cardiomyopathy (DCM)	☐	☐	Marfan Syndrome (Aortic Rupture)	☐	☐
Heart Rhythm Problems	☐	☐	Heart Attack, Age 50 or Younger	☐	☐
Long QT Syndrome (LQTS)	☐	☐	Pacemaker or Implanted Defibrillator	☐	☐
Short QT Syndrome	☐	☐	Deaf at Birth	☐	☐
Brugada Syndrome	☐	☐			

Explain "Yes" Answers Here:

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to all of the above questions are complete and correct. Furthermore, I acknowledge and understand that my eligibility may be revoked if I have not given truthful and accurate information in response to the above questions.

Signature of Athlete _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Signature of MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP _____ Date _____

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 La examinación física previa a la participación anual

(El médico debe rellenar este formulariocon la ayuda del padre o tutor.)

Nombre del estud _____ Fecha de nacim _____

Preguntas del historial del paciente: digame acerca de su hijo

		Sí	No
1)	¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DURANTE o DESPUÉS del ejercicio, emoción o asustar?	☐	☐
2)	¿Alguna vez su hijo a tenido una dificultad extrema para respirar durante el ejercicio?	☐	☐
3)	¿Ha tenido fatiga extrema su hijo asociada con el ejercicio (distinto a otros niños)?	☐	☐
4)	¿Ha tenido malestares, dolor o presión su hijo en su pecho durante el ejercicio?	☐	☐
5)	¿A pedido un médico una preuba para el corazón de su hijo?	☐	☐
6)	¿Ha sido diagnosticado su hijo con un trastorno de convulsiones inexplicables?	☐	☐
7)	¿Ha sido diagnosticado su hijo con el asma inducido por el ejercicio no bien controlado con medicamento?	☐	☐

Preguntas del historial familiar: digame acerca de cualquiera de las siguientes en su familia

		Sí	No
8)	¿Hubo algún miembro de la familia que tuvo una muerte repentina/inesperada/inexplicable antes de los 50 años?	☐	☐
9)	¿Huba algún miembro de la familia que murio repentinamente de "problemas cardiacos" antes de los 50 años?		
10)	¿Hay algún miembro de la familia que sufre de desmayos o convulsiones inexplicables?	☐	☐
11)	¿Hay algún pariente con ciertas condiciones, tales como:	☐	☐
		☐	☐

	Sí	No		Sí	No
Corazón ampliado	☐	☐	Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPTV)	☐	☐
Cardiomiopatía hipertrófica (HCM)	☐	☐	Cardiomiopatía arritmogénica del ventricular derecho (ARVC) El	☐	☐
Cardiomiopatía dilatada (DCM)	☐	☐	Síndrome Marfan (Ruptura aortica)	☐	☐
Problemas del ritmo cardíaco	☐	☐	Infarto, a los 50 años o más joven	☐	☐
El síndrome QT largo (LQTS)	☐	☐	Marcapasos o desfibrilador implantado	☐	☐
El síndrome QT corto	☐	☐	Sordo de nacimiento	☐	☐
El síndrome Brugada	☐	☐			

Explique cualquier respuesta "Sí" aquí

Por la presente declaro que, con el mejor de mi conocimiento, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son comletas y correctas. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede ser revocada si he dado información verdadera y exacta en respuesta a las preguntas anteriores.l

Firma del atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP _____ Fecha _____

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

Name: _____ Date of Birth: _____
Age: _____ Sex: _____
Height: _____ Weight: _____
% Body Fat (optional): _____ Pulse: _____
BP: ___ / ___ (___ / ___,___ / ___)
Vision: R20/___ L20/___ Corrected: Y ◯ N ◯
Pupils: Equal ◯ Unequal ◯

	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Medical			
Appearance			
Eyes/Ears/Throat/Nose			
Hearing			
Lymph Nodes			
Heart			
Murmurs			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary &			
Skin			
Musculoskeletal			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hands/Fingers			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot/Toes			

[illegible] Multi-examiner set-up only
[illegible] Having a third party present is recommended for the genitourinary examination

NOTES:

☐ Cleared Without Restriction
☐ Cleared With Following Restriction: _____
☐ Not Cleared For: ☐ All Sports ☐ Certain Sports: _____ Reason: _____
Recommendations: _____

Name of Physician (Print/Type): _____ Exam Date: _____
Address: _____ Phone: _____
Signature of Physician: _____, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 El examen físico previo a la participación anual

Nombre: Fecha de nacimiento:
Edad: _____ Es
Peso: _____ _____
_____ Pulso: _____

Presión sanguínea: ___ / ___ (___ / ___ ___ / ___)

Visión: D20/____ I20/____ Correjida: Sí ◯ No ◯
Pupilas: Igual ◯ Desigual ◯

	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Médico			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Garganta/Nariz			
Audición			
Nódulos linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario y			
Piel			
Musculoesquelético			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Manos/Dedos			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie/Dedos			

[illegible] Solamente la configuración fue examinada
[illegible] Se recomienda atender un examen presente para el examen genitourinario

NOTAS:

☐ Autorizado sin restricciones
☐ Autorizado con la siguiente restricción: _____
☐ No autorizado por: ☐ Todos los deportes ☐ Ciertos deportes: _____ Razón:

Recomendaciones:

Nombre del médico: _____ Fecha del examen: _____

Dirección: Telefóno:

Firma del médico: _____, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION™

OUR STUDENTS, OUR TEAMS . . . OUR FUTURE.

Arizona Interscholastic Association, Inc.
Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) / Concussion
Annual Statement and Acknowledgement Form

I, _____ (student), acknowledge that I have to be an active participant in my own health and have the direct responsibility for reporting all of my injuries and illnesses to the school staff (e.g., coaches, team physicians, athletic training staff). I further recognize that my physical condition is dependent upon providing an accurate medical history and a full disclosure of any symptoms, complaints, prior injuries and/or disabilities experienced before, during or after athletic activities.

By signing below, I acknowledge:

- My institution has provided me with specific educational materials including the CDC Concussion fact sheet (http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html) on what a concussion is and has given me an opportunity to ask questions.
- I have fully disclosed to the staff any prior medical conditions and will also disclose any future conditions.
- There is a possibility that participation in my sport may result in a head injury and/or concussion. In rare cases, these concussions can cause permanent brain damage, and even death.
- A concussion is a brain injury, which I am responsible for reporting to the team physician or athletic trainer.
- A concussion can affect my ability to perform everyday activities, and affect my reaction time, balance, sleep, and classroom performance.
- Some of the symptoms of concussion may be noticed right away while other symptoms can show up hours or days after the injury.
- If I suspect a teammate has a concussion, I am responsible for reporting the injury to the school staff.
- I will not return to play in a game or practice if I have received a blow to the head or body that results in concussion related symptoms.
- I will not return to play in a game or practice until my symptoms have resolved AND I have written clearance to do so by a qualified health care professional.
- Following concussion the brain needs time to heal and you are much more likely to have a repeat concussion or further damage if you return to play before your symptoms resolve.

Based on the incidence of concussion as published by the CDC the following sports have been identified as high risk for concussion; baseball, basketball, diving, football, pole vaulting, soccer, softball, spiritline and wrestling.

I represent and certify that I and my parent/guardian have read the entirety of this document and fully understand the contents, consequences and implications of signing this document and that I agree to be bound by this document.

Student Athlete:
Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Parent or legal guardian must print and sign name below and indicate date signed:
Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION™

OUR STUDENTS, OUR TEAMS . . . OUR FUTURE.

Arizona Interscholastic Association, Inc.
La forma de reconocimiento y la declaración anual de la lesión cerebral traumática leve (MTBI, por sus siglas en inglés)/la conmoción cerebral

Yo, _____ (el estudiante), reconozco que tengo que ser un participante activo en mi propia salud y tengo la responsabilidad directa de reportar todas mis heridas y enfermedades al personal escolar (ejemplo, entrenadores, médicos del equipo, el personal de entrenamiento atlético). Además, reconozco que mi condición física depende de proveer un historial médico preciso y la divulgación completa de cualquier síntoma, queja, lesiones previas y/o discapacidades sufridas antes, durante o después de un evento atlético.

Al firmar lo siguiente, reconozco:

- Mi institución me ha proveído con materiales educativos específicos incluyendo la hoja informativa de las conmociones cerebrales de los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html) en lo que es una conmoción cerebral y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.
- He divulgado completamente al personal cualquier condición médica previa y también divulgaré cualquier condición en el futuro.
- Existe la posibilidad de que la participación en mi deporte pueda resultar en lesión en la cabeza y/o conmoción cerebral. En casos raros, estas conmociones cerebrales pueden causar daño cerebral permanente e incluso la muerte.
- Una conmoción cerebral es una lesión en el cerebro, lo cual soy responsable de informar al médico del equipo o al entrenador de atletismo.
- Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades diarias y afectar mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño y rendimiento en el salón.
- Algunos de los síntomas de conmoción cerebral se pueden dectetar inmediatamente mientras que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que un compañero del equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de informar de la lesión al personal escolar.
- No volveré a participar en un juego o práctica si he recibido un golpe en la cabeza o en el cuerpo que resulta en síntomas relacionados con la conmoción cerebral.
- No volveré a participar en un juego o práctica hasta que mis síntomas se hayan resuelto Y tenga autorización por escrito para hacerlo por un profesional calificado del cuidado médico.
- Después de una conmoción cerebral, el cerebro necesita tiempo para sanar y es mucho más probable de tener una repetición de una conmoción cerebral o daño adicional si vuelve a jugar antes de que sus síntomas se resuelvan.

Basado en la incidencia de la conmoción cerebral publicada por el CDC, los siguientes deportes han sido identificados como de alto riesgo de conmoción cerebral; beisbol, baloncesto, clavados, fútbol americano, saltos con pértiga, fútbol, softbol, equipo de porristas y luchas.

Represento y certifico que yo y mi padre/tutor hemos leído este documento entero y entendemos completamente el contenido, las consecuencias y las implicaciones de firmar este documento y que estoy de acuerdo de ser legalmente obligado por este documento.

El atleta estudiantil:
Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

El padre o el tutor legal debe escribir y firmar su nombre a continuación e indicar la fecha que firmo:
Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 CONSENT TO TREAT FORM

Parental consent for minor athletes is generally required for sports medicine services, defined as services including, but not limited to, evaluation, diagnosis, first aid and emergency care, stabilization, treatment, rehabilitation and referral of injuries and illnesses, along with decisions on return to play after injury or illness. Occasionally, those minor athletes require sports medicine services before, during and after their participation in sport-related activities, and under circumstances in which a parent or legal guardian is not immediately available to provide consent pertaining to the specific condition affecting the athlete. In such instances it may be imperative to the health and safety of those athletes that sports medicine services necessary to prevent harm be provided immediately, and not be withheld or delayed because of problems obtaining consent of a parent/guardian.

Accordingly, as a member of the Arizona Interscholastic Association (AIA), Arizona School for the Deaf and the Blind requires as a pre-condition of participation in interscholastic activities, that a parent/guardian provide written consent to the rendering of necessary sports medicine services to their minor athlete by a qualified medical provider (QMP) employed or otherwise designated by the school/district/AIA, to the extent the QMP deems necessary to prevent harm to the student-athlete. It is understood that a QMP may be an athletic trainer, physician, physician assistant or nurse practitioner licensed by the state of Arizona (or the state in which the student-athlete is located at the time the injury/illness occurs), and who is acting in accordance with the scope of practice under their designated state license and any other requirement imposed by Arizona law. In emergency situations, the QMP may also be a certified paramedic or emergency medical technician, but only for the purpose of providing emergency care and transport as designated by state regulation and standing protocols, and not for the purpose of making decisions about return to play.

PLEASE PRINT LEGIBLY OR TYPE

"I, _____, the undersigned, am the parent/legal guardian of, _____, a minor and student-athlete at Arizona School for the Deaf and the Blind who intends to participate in interscholastic sports and/or activities.

I understand that the school/district/AIA employs or designates QMP's (as defined above) to provide sports medicine services (as also defined above) to the school's interscholastic athletes before, during or after sport-related activities, and that on certain occasions there are sport-related activities conducted away from the school/district facilities during which other QMP's are responsible for providing such sports medicine services. I hereby give consent to any such QMP to provide any such sports medicine services to the above-named minor. The QMP may make decisions on return to play in accordance with the defined scope of practice under the designated state license, except as otherwise limited by Arizona law. I also understand that documentation pertaining to any sports medicine services provided to the above-named minor, may be maintained by the QMP. I hereby authorize the QMP who provides such services to the above-named minor to disclose such information about the athlete's injury/illness, assessment, condition, treatment, rehabilitation and return to play status to those who, in the professional judgment of the QMP, are required to have such information in order to assure optimum treatment for and recovery from the injury/illness, and to protect the health and safety of the minor. I understand such disclosures may be made to above-named minor's coaches, athletic director, school nurse, any classroom teacher required to provide academic accommodation to assure the student-athlete's recovery and safe return to activity, and any treating QMP.

If the parent believes that the minor is in need of further treatment or rehabilitation services for the injury/illness, the minor may be treated by the physician or provider of his/her choice. I understand, however, that all decisions regarding same day return to activity following injury/illness shall be made by the QMP employed/designated by the school/district/AIA.

Date: _____ Signature: _____

 NextCare is the preferred partner of the AIA. It is not required you visit NextCare locations for your healthcare needs.

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION
7007 N. 18TH ST., PHOENIX, ARIZONA 85020-5552
PHONE: (602) 385-3810

NextCare URGENT CARE The Preferred Urgent Care of the Arizona Interscholastic Association

2020-21 EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

El consentimiento de los padres para los atletas menores generalmente se requiere para los servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones, diagnósticos, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y referencias de lesiones y enfermedades, junto con decisiones sobre el regreso al juego después de una lesión o enfermedad. Ocasionalmente, estos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y bajo circunstancias en las cuales un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para dar su consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y la seguridad de esos atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para evitar daños se brinden de inmediato y no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre/tutor.

En consecuencia, como miembro del Arizona Interscholastic Association (AIA, por sus siglas en inglés), el Arizona School for the Deaf and the Blind requiere como condición previa a la participación en las actividades interescolares, que uno de los padres/tutores dé su consentimiento por escrito para la prestación de los servicios de medicina deportiva necesarios. a su atleta menor por un proveedor médico calificado (QMP, por sus siglas en inglés) empleado o designado de otro modo por la escuela/distrito/AIA, en la medida en que el QMP considere necesario para evitar daños al estudiante-atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador de atletismo, médico, asistente médico o enfermero practicante con licencia del estado de Arizona (o el estado en el que se encuentra el estudiante-atleta en el momento en que ocurre la lesión/enfermedad), y quién actúa de acuerdo con el alcance de práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Arizona. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico certificado o un técnico médico de emergencias, pero solo con el propósito de proporcionar atención de emergencia y transporte según lo designado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE

"Yo, _____, el abajofirmante, soy el padre/tutor legal de, _____, un menor y estudiante-atleta en el Arizona School for the Deaf and the Blind que tiene la intención de participar en deportes y/o actividades interescolares.

Entiendo que la escuela/distrito/AIA emplea o designa QMP (como se define anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se define anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de las actividades relacionadas con el deporte, y que en ciertas ocasiones son actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela/distrito durante las cuales otros QMP son responsables de proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para proporcionar dichos servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el regreso al juego de acuerdo con el ámbito de práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Arizona lo limite de otra manera. También entiendo que el QMP puede mantener la documentación relacionada con los servicios de medicina deportiva prestados al menor mencionado anteriormente. Por la presente autorizo al QMP que brinda dichos servicios al menor mencionado anteriormente a divulgar dicha información sobre la lesión/enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y el estado de regreso al juego del atleta a aquellos que, en el juicio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para garantizar un tratamiento y recuperación de la lesión/enfermedad óptima, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores del menor mencionado anteriormente, al director de atletismo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del aula que se requiera proporcionar adaptaciones académicas para asegurar la recuperación del estudiante-atleta y el regreso seguro a la actividad, y cualquier QMP tratante.

Si el padre cree que el menor necesita tratamiento o servicios de rehabilitación adicionales para la lesión/enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones sobre

el regreso a la actividad el mismo día después de una lesión/enfermedad serán tomadas por el QMP empleado/designado por la escuela/distrito/AIA.

Fecha: _____ Firma: _____

 NextCare is the preferred partner of the AIA. It is not required you visit NextCare locations for your healthcare needs.

"PURSUING VICTORY WITH HONOR"
ASDB STUDENT-ATHLETE CONTRACT

1. Use of alcohol, tobacco, or drugs of any kind is not permitted.
2. Regular attendance at practice is required. Two unexcused absences are allowed; the third unexcused absence may result in dismissal from the team. An excused absence is one that is due to illness or one that has been granted by the coach.
3. Academic work must meet the requirements of the Arizona Interscholastic Association, ASDB, and the State Department of Education.
4. Athletes will demonstrate good sportsmanship to coaches, athletes, and officials at all times. Remember, the goals of the interscholastic activities are to have fun, improve skills and feel good about yourself!
5. Play the game with your best effort. Don't be a showoff or a "me-first" player. Work as hard for your team as you do for yourself.
6. Each athlete is expected to follow Pursuing Victory With Honor and the Six Pillars of Character. Each athlete must follow the team rules set up by the coach as well as school-wide discipline rules and athletic department team rules.
7. Win and lose graciously. Treat all other athletes, as you would like to be treated. Cheer good plays by other team.
8. Cooperate with your teachers/coaches, teammates, opponents and the officials. Don't argue with officials or complain about calls.
9. Each athlete is responsible for taking care of his own equipment and uniform. The athlete or parents must pay for lost or damaged items.
10. Managers are a part of the team and therefore subject to the same rules and regulations as athletes.

I have read and understand the rules and regulations governing ASDB athletes. My failure to follow these rules may result in dismissal from the team.

Athlete Signature_____ Date _____

Parent Signature_____ Date _____

Athletic Director Signature_____Date _____

ATHLETICS ELIGIBILITY FORM

"PURSUING VICTORY WITH HONOR" "Persiguiendo la victoria con honor"
El contrato del atleta estudiantil de ASDB

1. No se permite el uso de alcohol, Tabaco o drogas ilícitas de ningún tipo.
2. Se requiere la asistencia regular a la práctica. Se permiten dos ausencias injustificadas; la tercera ausencia injustificada puede resultar en la despedida del equipo. Una ausencia justificada es debida a una enfermedad o uno que ha concedido el entrenador.
3. El trabajo académico debe cumplir con los requerimientos de la asociación interescolástica de Arizona, ASDB y el departamento de educación del estado.
4. Los atletas demostraran un buen espíritu deportivo hacia los entrenadores, atletas y los oficiales en cada momento. ¡Recuerde, los objetivos de las actividades interescolasticas son para divertirse, mejorar sus habilidades y sentirse bien de sí mismo!
5. Juegue el juego con su mejor esfuerzo. No sea un presumido o un jugador de "yo primero". Trabaje tan duro para su equipo como lo hace por sí mismo.
6. Se espera que cada atleta siga, persiguiendo la victoria con honor y los seis pilares del carácter. Cada atleta debe seguir las normas del equipo realizados por el entrenador además de normas de disciplina de la escuela entera y las normas del equipo del departamento de atletismo.
7. Gana y pierda graciosamente. Trata a todos los otros atletas, como te gustaría ser tratado. De porras en las buenas jugadas por el otro equipo.
8. Coopera con tus maestros/entrenadores, compañeros de equipo, adversarios y los oficiales. No discutes con los oficiales o no te quejes de lo que se marcó.
9. Cada atleta es responsable de cuidar de su propio equipo y uniforme. El atleta o sus padres deben pagar por los artículos perdidos o dañados.
10. Los manejadores son parte del equipo y, por lo tanto, están sujetos a las mismas normas y regulaciones que los atletas.

He leído y entiendo las normas y las regulaciones que gobiernan los atletas de ASDB. Mi incumplimiento de seguir estas normas puede resultar en mi despedida del equipo.

Firma del atleta_____ Fecha _____

Firma del padre_____ Fecha _____

Firma del director atlético_____ Fecha _____

(SCHOOL YEAR 2020-2021)

STUDENT'S NAME: _____ **DATE:**_____

I/We give permission for _____ to participate in organized interscholastic athletics, realizing that such activity involves the potential for injury, which is inherent in all sports. I/We acknowledge that, even with the best coaching, use of the most advanced protective equipment and strict observance of rules, injuries are still a possibility. On rare occasions, the injuries can be so severe as to result in total disability, paralysis, quadriplegia or even death.

I/We understand that if I/we later decide not to allow _____ **to participate in organized interscholastic athletics, I/We must inform the Athletic Coordinator about this change in writing. I/We acknowledge that I/we have read and understand this warning.**

I/We hereby give permission for my/our child to participate in ASDB's athletic program for the coming school year in the following sports:

Middle School

GIRLS'		BOYS'	
Volleyball	_____	Flag Football	_____
Goalball	_____	Goalball	_____
Basketball	_____	Basketball	_____
Soccer	_____	Soccer	_____
Track/Field	_____	Track/Field	_____

High School

GIRLS'		BOYS'	
Volleyball	_____	Cross Country	_____
Goalball	_____	Goalball	_____
Basketball	_____	Basketball	_____
Track/Field	_____	Track/Field	_____

_____ _____

Parent/Legal Guardian Signature **Date**

El formulario de elegibilidad para el atletismo
(Año escolar 2020-2021)

Nombre del estudiante: _____ **Fecha**:_____

Yo/Nosotros doy/damos permiso para que _____ participé en el atletismo interescolástico organizado, llevando en cuenta que tal actividad involucra el potencial de una herida, cual es algo inherente en todos los deportes. Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que, incluso con el mejor entrenamiento, el uso del equipo de protección más avanzados y la estricta observancia de las normas, las heridas aún siguen siendo una posibilidad. En ocasiones raras, las heridas pueden ser tan graves hasta llegar en resultar en una discapacidad completa, parálisis, tetrapléjico o incluso la muerte.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que si yo/nosotros decido/decidimos más tarde de no permitir a _____ **de no participar en el atletismo interescolar organizado, debo/debemos informarle al coordinador atlético sobre este cambio por escrito. Yo/Nosotros reconozco/reconocemos que yo/nosotros leí/leímos y entiendo/entendemos esta advertencia.**

Por la presente yo/nosotros doy/damos permiso para que mi/nuestro/a hijo/a participe en el programa de atletismo de ASDB para el año escolar entrante en los siguientes deportes:

Secundaria

Niñas		**Niños**	
Voleibol	_____	Futbol americano de banderas	_____
Goalball	_____	Goalball	_____
Baloncesto	_____	Baloncesto	_____
Futbol	_____	Futbol	_____
Pista/Campo	_____	Pista/Campo	_____

Preparatoria

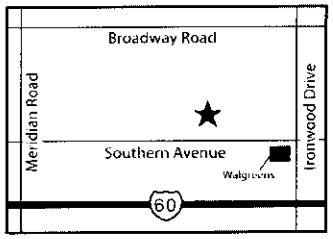
Femenina		**Masculino**	
Voleibol	_____	Carrera a campo traviesa	_____
Goalball	_____	Goalball	_____
Baloncesto	_____	Baloncesto	_____
Pista/Campo	_____	Pista/Campo	_____
Deportes adaptados	_____	Deportes adaptados	_____

_____ _____

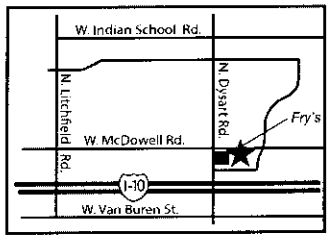
Firma del padre/tutor legal **Fecha**

NextCare®
URGENT CARE
When Feeling Great Can't Wait!

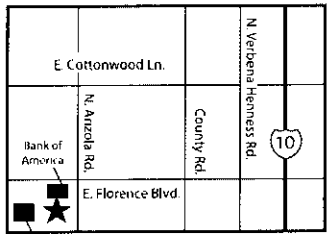
Visit website for additional locations & hours
NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



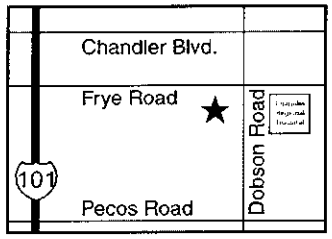
Apache Junction • 85120
2080 West Southern Ave., Suite #A1



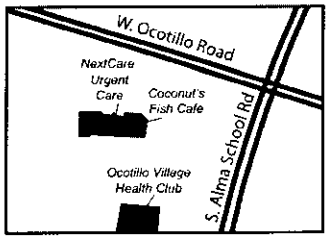
Avondale • 85392
13075 W. McDowell Rd., Suite #D106



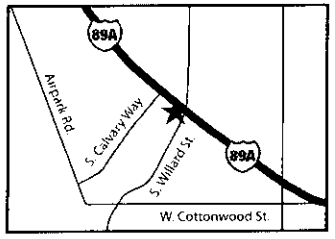
Casa Grande • 85122
1683 E. Florence Blvd., Suite #7



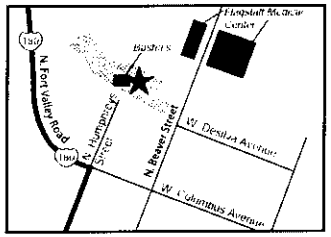
Chandler • 85224
600 S. Dobson Road, Suite #C-26



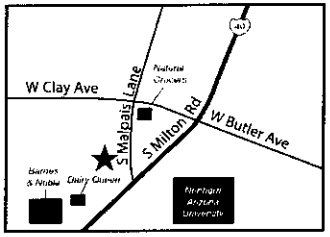
Chandler • 85248
1155 W. Ocotillo Road, Suite #4



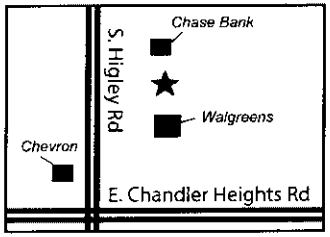
Cottonwood • 86326
450 S. Willard Street, Suite #120



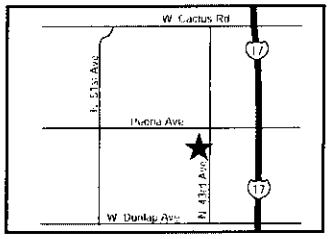
Flagstaff • 86001
1000 N. Humphreys St., Suite #104



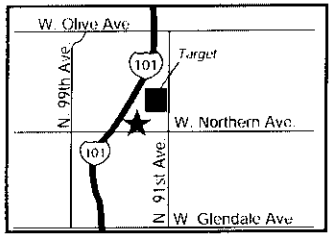
Flagstaff • 86001
399 S. Malpais Lane, Suite #100



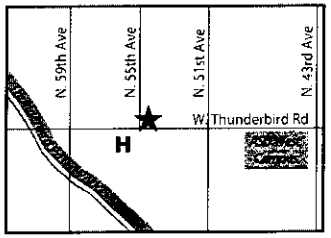
Gilbert • 85298
6343 S. Higley Road



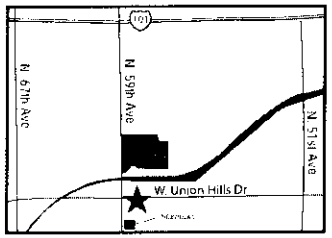
Glendale • 85302
10240 N. 43rd Ave., Suite #3



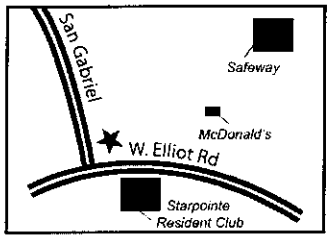
Glendale • 85305
9494 W. Northern Ave., Suite #101



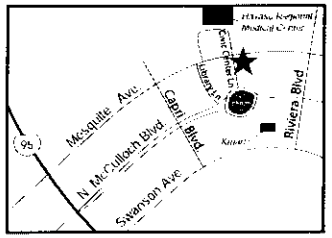
Glendale • 85306
5410 W. Thunderbird Road, Suite #101



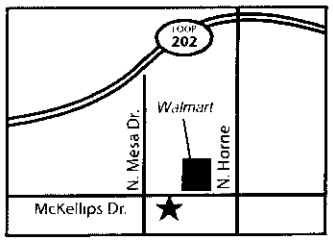
Glendale • 85308
18589 N. 59th Ave., Suite #101



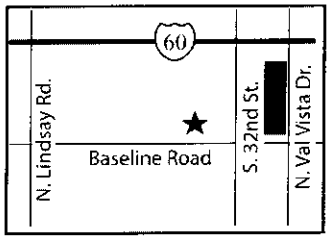
Goodyear • 85338
17688 W. Elliot Road



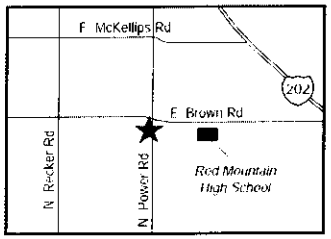
Lake Havasu City • 86403
1810 Mesquite Ave., Suite B



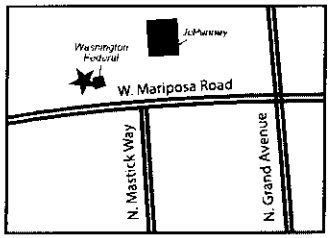
Mesa • 85203
535 E. McKellips Road, Suite #101



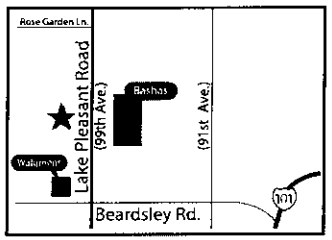
Mesa • 85204
3130 E. Baseline Road, Suite #105



Mesa • 85205
1066 N. Power Road, Suite #101



Nogales • 85621
298 W. Mariposa Road

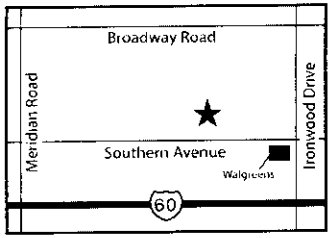


Peoria • 85382
20470 N. Lake Pleasant Rd., Suite #102

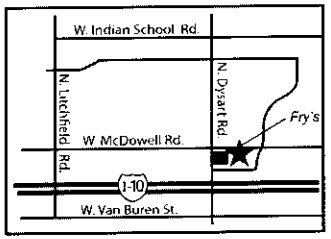
NextCare®
URGENT CARE
When Feeling Great Can't Wait!

Visite el sitio web para sitios adicionales y horas

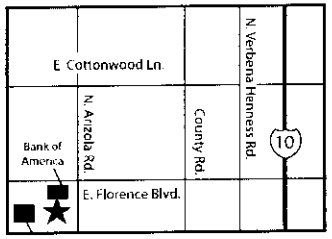
NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



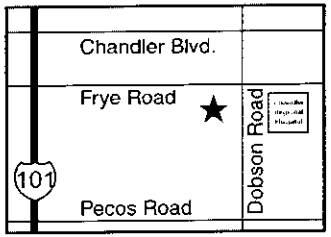
Apache Junction • 85120
2080 West Southern Ave., Suite #A1



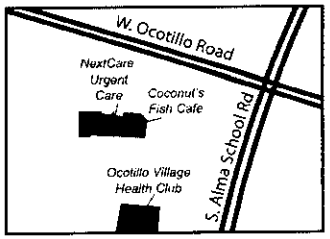
Avondale • 85392
13075 W. McDowell Rd., Suite #D106



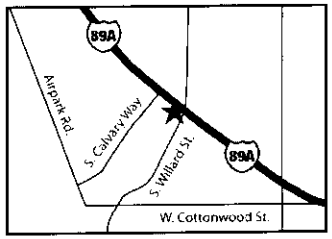
Casa Grande • 85122
1683 E. Florence Blvd., Suite #7



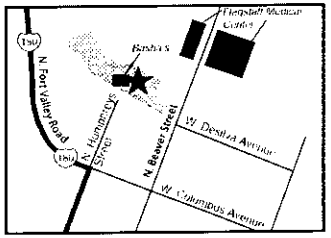
Chandler • 85224
600 S. Dobson Road, Suite #C-26



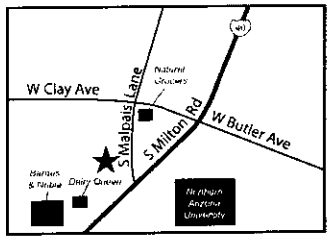
Chandler • 85248
1155 W. Ocotillo Road, Suite #4



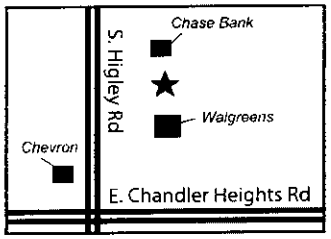
Cottonwood • 86326
450 S. Willard Street, Suite #120



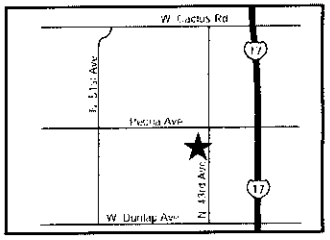
Flagstaff • 86001
1000 N. Humphreys St., Suite #104



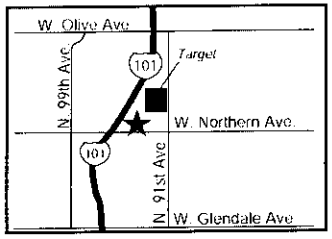
Flagstaff • 86001
399 S. Malpais Lane, Suite #100



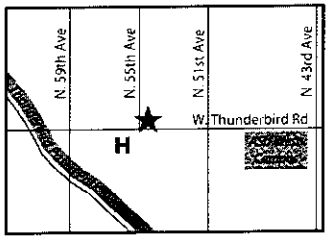
Gilbert • 85298
6343 S. Higley Road



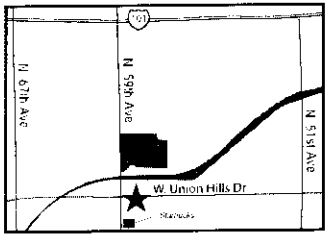
Glendale • 85302
10240 N. 43rd Ave., Suite #3



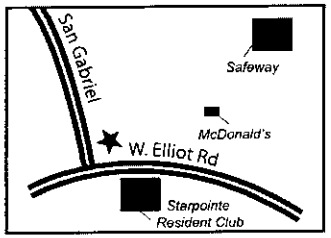
Glendale • 85305
9494 W. Northern Ave., Suite #101



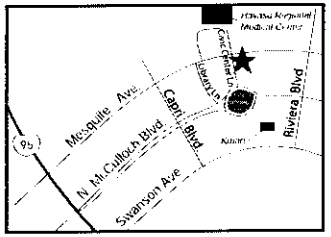
Glendale • 85306
5410 W. Thunderbird Road, Suite #101



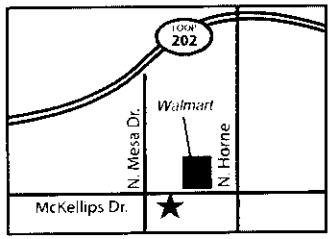
Glendale • 85308
18589 N. 59th Ave., Suite #101



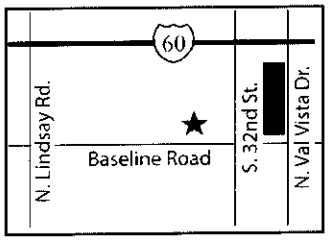
Goodyear • 85338
17688 W. Elliot Road



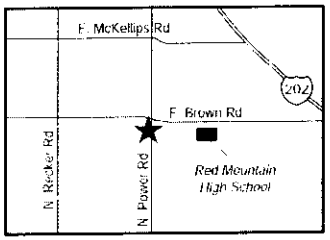
Lake Havasu City • 86403
1810 Mesquite Ave., Suite B



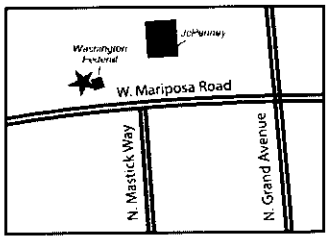
Mesa • 85203
535 E. McKellips Road, Suite #101



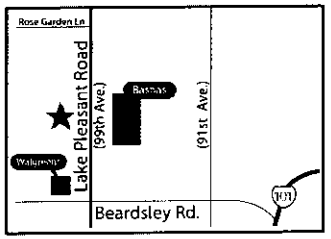
Mesa • 85204
3130 E. Baseline Road, Suite #105



Mesa • 85205
1066 N. Power Road, Suite #101



Nogales • 85621
298 W. Mariposa Road



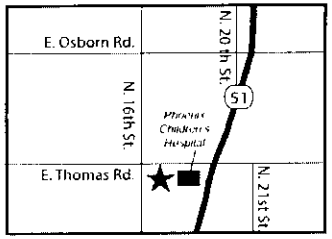
Peoria • 85382
20470 N. Lake Pleasant Rd., Suite #102

NextCare® URGENT CARE

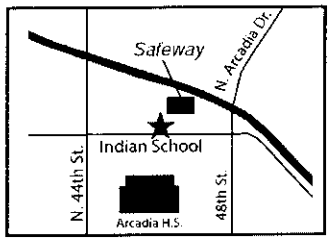
When Feeling Great Can't Wait!

Visit website for additional locations & hours

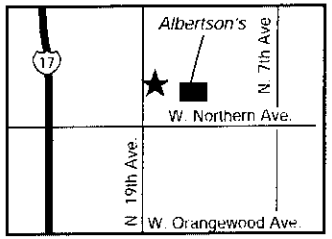
NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



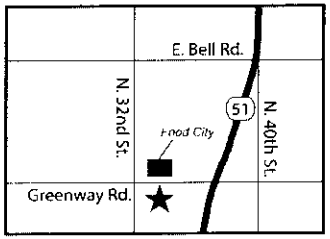
Phoenix • 85016
1701 E. Thomas Road, Suite #A104



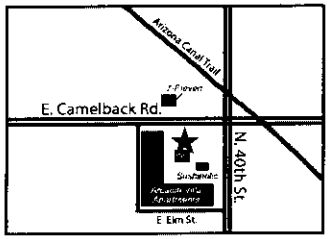
Phoenix • 85018
4730 E. Indian School Rd., Suite #211



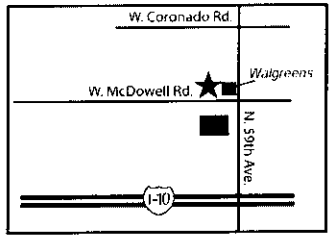
Phoenix • 85021
8101 N. 19th Ave., Suite #A



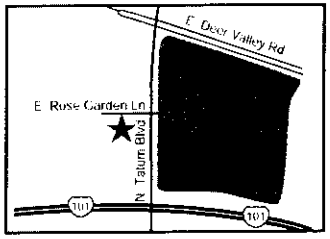
Phoenix • 85032
3229 E. Greenway Rd., Suite #102



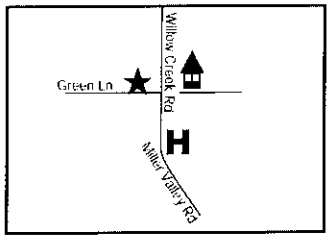
Phoenix • 85018
3931 E. Camelback Road



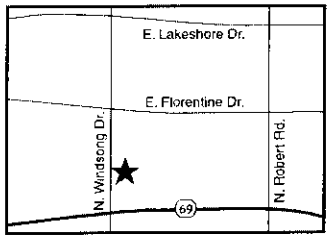
Phoenix • 85035
5920 W. McDowell Road



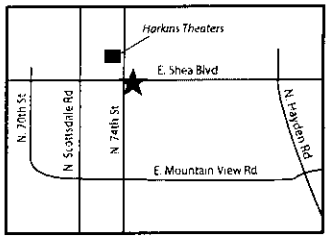
Phoenix • 85050
20950 N. Tatum Blvd., Suite #190



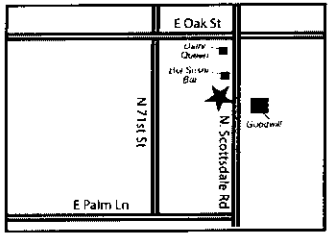
Prescott • 86301
2062 Willow Creek Road



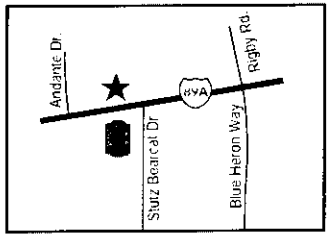
Prescott Valley • 86314
3051 N. Windsong Drive



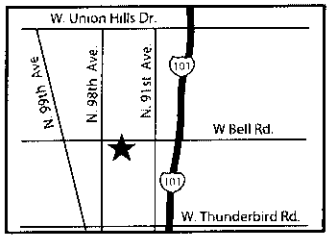
Scottsdale • 85260
7425 E. Shea Blvd., Suite #108



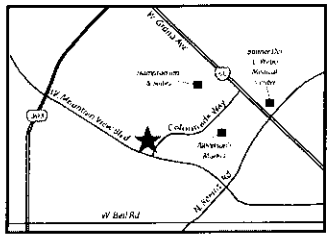
Scottsdale • 85257
2122 N. Scottsdale Road



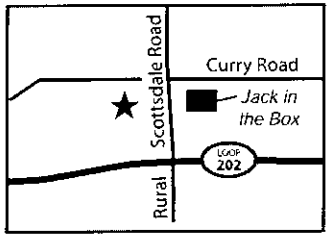
Sedona • 86336
2530 W. SR 89A, Suite #A



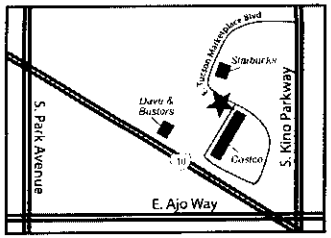
Sun City • 85351
9745 W. Bell Road, Suite #105



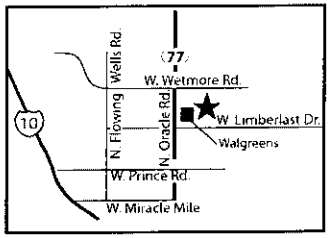
Surprise • 85374
14800 W. Mtn. View Blvd., Suite #100



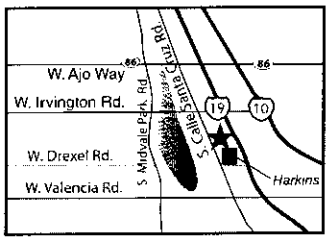
Tempe • 85281
914 N. Scottsdale Rd., Suite #104



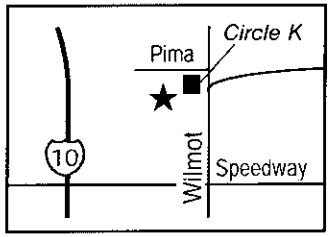
Tucson • 85713
1570 E. Tucson Marketplace Blvd.



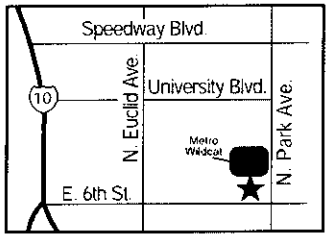
Tucson • 85705
4280 North Oracle Rd., Suite #100



Tucson • 85706
5369 S. Calle Santa Cruz, Suite #145



Tucson • 85712
6238 E. Pima Street

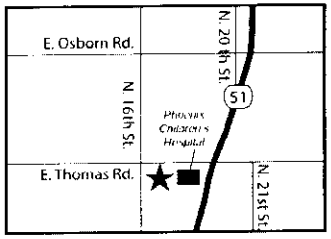


Tucson • 85719
501 North Park Ave., Suite #110

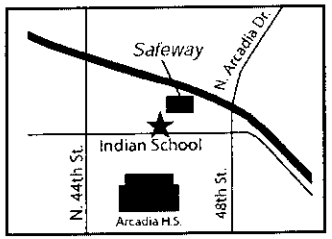
NextCare®
URGENT CARE
When Feeling Great Can't Wait!

Visite el sitio web para sitios adicionales y horas

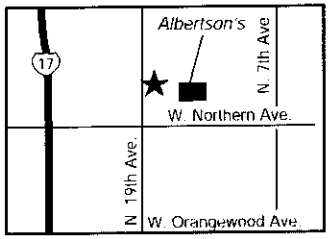
NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



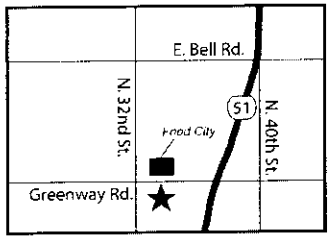
Phoenix • 85016
1701 E. Thomas Road, Suite #A104



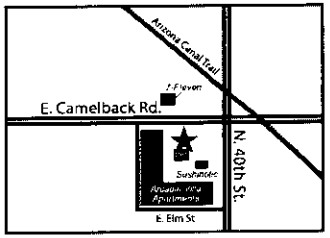
Phoenix • 85018
4730 E. Indian School Rd., Suite #211



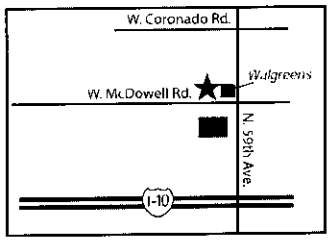
Phoenix • 85021
8101 N. 19th Ave., Suite #A



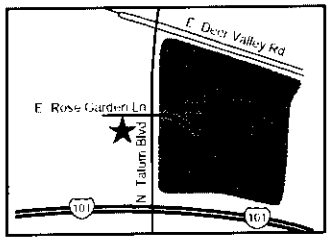
Phoenix • 85032
3229 E. Greenway Rd., Suite #102



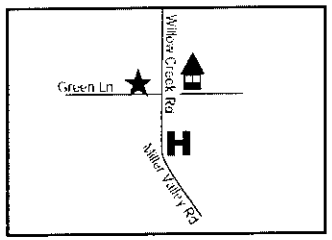
Phoenix • 85018
3931 E. Camelback Road



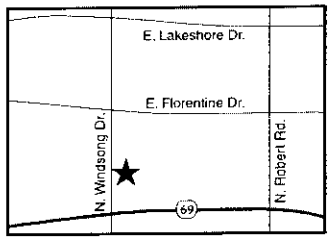
Phoenix • 85035
5920 W. McDowell Road



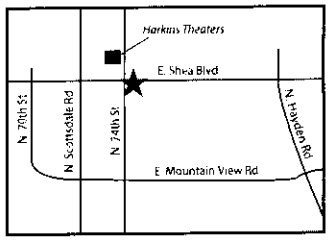
Phoenix • 85050
20950 N. Tatum Blvd., Suite #190



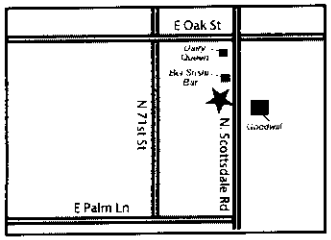
Prescott • 86301
2062 Willow Creek Road



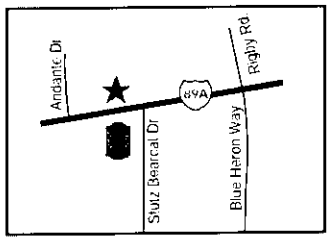
Prescott Valley • 86314
3051 N. Windsong Drive



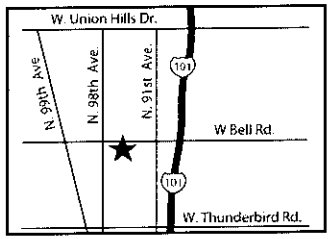
Scottsdale • 85260
7425 E. Shea Blvd., Suite #108



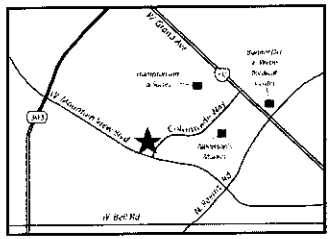
Scottsdale • 85257
2122 N. Scottsdale Road



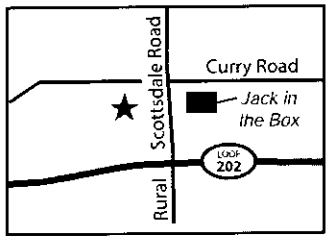
Sedona • 86336
2530 W. SR 89A, Suite #A



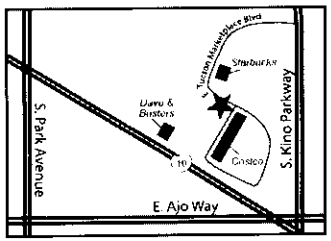
Sun City • 85351
9745 W. Bell Road, Suite #105



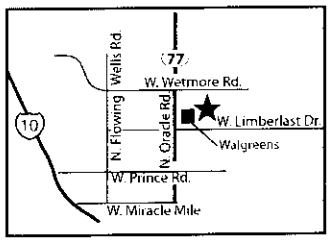
Surprise • 85374
14800 W. Mtn. View Blvd., Suite #100



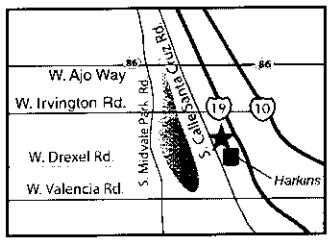
Tempe • 85281
914 N. Scottsdale Rd., Suite #104



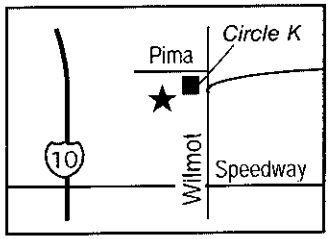
Tucson • 85713
1570 E. Tucson Marketplace Blvd.



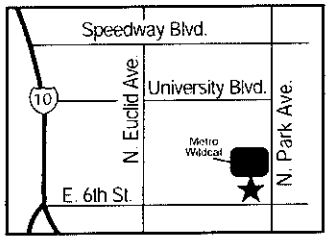
Tucson • 85705
4280 North Oracle Rd., Suite #100



Tucson • 85706
5369 S. Calle Santa Cruz, Suite #145



Tucson • 85712
6238 E. Pima Street

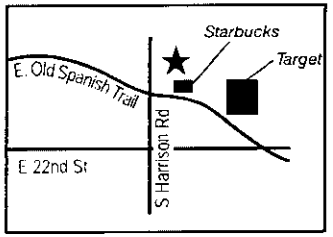


Tucson • 85719
501 North Park Ave., Suite #110

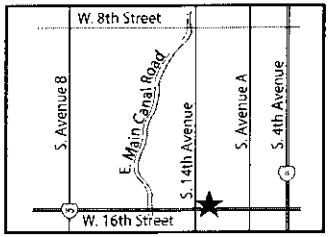
NextCare®
URGENT CARE
When Feeling Great Can't Wait!

Visit website for additional locations & hours

NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



Tucson • 85748
9525 E. Old Spanish Trail, Suite #101

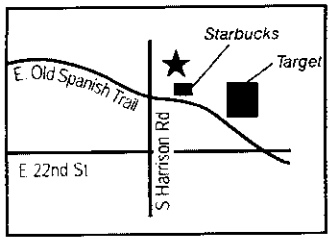


Yuma • 85364
1394 W. 16th Street

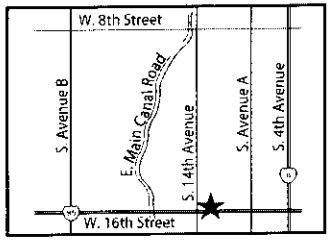
NextCare®
URGENT CARE
When Feeling Great Can't Wait!

Visite el sitio web para sitios adicionales y horas

NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



Tucson • 85748
9525 E. Old Spanish Trail, Suite #101



Yuma • 85364
1394 W. 16th Street