



ESCUELAS TECNOLÓGICAS DEL CONDADO DE ESSEX

REQUISITOS DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA ESTUDIANTES NUEVOS



DOCUMENTACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA TODOS LOS ESTUDIANTES

- **Registros de vacunación (formulario impreso revisado)**
 - Los padres pueden utilizar la aplicación Docket para acceder e imprimir los registros de vacunación.
Descargue la versión más reciente de la aplicación desde la Apple App Store o la Google Play Store. (Consulte el enlace a las preguntas frecuentes a continuación)
- **Formulario de evaluación física previa a la participación (EPP)**
 - El formulario de EPP debidamente completado (altamente recomendado)
 - Formulario de evaluación médica de elegibilidad física previa a la participación (obligatorio)
- **Autorización para la administración de medicamentos por parte de la enfermera escolar (si procede)**
- **Plan de acción para el asma (si corresponde)**
- **Plan de acción en caso de convulsiones (si corresponde)**
- **Plan de acción para alergias alimentarias (si procede)**
- **Formulario de autorización para deportes atléticos**
- **Formulario de actualización del historial médico: ***Obligatorio para los atletas cuyo examen físico se realizó más de 90 días antes del primer día de la práctica oficial.**
- **Folleto y formulario de firma sobre la muerte súbita cardíaca.**
- **Hoja informativa sobre lesiones oculares asociadas con el deporte para padres y tutores.**
- **Hoja informativa sobre contusiones cerebrales y formulario de reconocimiento**
- **Hoja informativa y autorización sobre el uso y abuso de opioides**
- **Formulario de consentimiento para la realización de pruebas de esteroides.**
- **Formulario de autorización para deportes atléticos**

DESCARGUE SUS REGISTROS DE VACUNACIÓN A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DOCKET

- Tienda de aplicaciones de Apple: <https://apps.apple.com/es/app/docket-organize-communicate/id1117444284>
- Tienda de Google Play: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.foxhallwythe.docket.mobile>



*** Requisitos de vacunación para los grados 6 a 12 ***
https://www.nj.gov/health/cd/documents/imm_requirements/vaccine_qa.pdf



Minimum Number of Doses for Each Vaccine

DTaP Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	Polio Inactivated Polio Vaccine (IPV)	MMR (Measles, Mumps, Rubella)	Varicella (Chickenpox)	Hepatitis B	Meningococcal Tdap	Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)
3 doses	3 doses	2 doses	1 dose	3 doses	1 dose required for children born on or after 1/1/97 given no earlier than ten years of age ¹ (see footnote)	1 dose required for children born on or after 1/1/97 ¹ (see footnote)

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

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): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿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		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		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 metilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia 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 maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

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

Explain "Yes" answers here.

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

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

Explain "Yes" answers here.

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

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

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
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
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 ^a <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 		

^a 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

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- 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 reviewed the history form and 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).

Signature of physician, APN, PA _____

Office stamp (optional)

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

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

**This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.*



Essex County Schools of Technology

Office of Student-Related Services

PERMISSION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL NURSE

NO MEDICATIONS ARE TO BE BROUGHT INTO SCHOOL
WITHOUT SUBMITTING THIS FORM.
FORM MUST BE SIGNED BY YOUR CHILD'S DOCTOR.

MEDICATION DISPENSING FORM-PARENT/GUARDIAN

I request that the enclosed medication, in the original container, be administered to _____ (student's name)
I give the school nurse permission to contact the physician and/or pharmacist with any questions concerning the medication.

Student's Age _____ Grade _____ School _____

Name and Strength of Medication _____

Time of Administration _____ Dosage _____ Prescription _____ Non-Prescription _____

Reason for Medication _____

Effective dates: from _____ 20____ to _____ 20____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Home Telephone _____ Work Telephone _____

MEDICATION FORM-PHYSICIAN

Patient's Name _____

Medication: Name, Strength, Dosage, Time of Administration: _____

Purpose of Medication: _____

Physician's Name _____ Physician's Signature _____

Physician's Stamp (should include address and phone#) _____ Date _____

PERMISSION FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION BY STUDENTS LISTED BELOW PHYSICIAN'S FORM FOR EMERGENCY/SELF-ADMINISTERED MEDICATION

It is essential that _____ (student's name) be permitted to carry and administer the following medication for the purpose of treating _____ (diagnosis). This should be done under the supervision of the school nurse whenever possible. In the case of an emergency, or if the school nurse is not in the building, I have instructed this patient in the procedure for administration of this medication and find him/her competent to administer the medication.

Medication dosage and time of administration: _____

Physician's name _____ Physician's Signature _____

Physician's Stamp (should include address and phone#) _____ Date _____

Date rec'd (office use) _____

Plan de acción contra el asma para el hogar y la escuela

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Clasificación de gravedad: Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): _____

Mejor marca personal del flujómetro: _____

Zona verde: Anda bien

Síntomas: La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche

Flujómetro _____ (más del 80% de la mejor marca personal)

Vacuna contra la gripe—Fecha de aplicación: _____ Fecha de próxima vacuna contra la gripe: _____

Vacuna contra la COVID-19—Fecha de aplicación: _____

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Actividad física usa albuterol/levalbuterol ___ puffs, 15 minutos antes de la actividad con todas las actividades
 cuando siente que la necesita

Zona amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche

Flujómetro _____ a _____ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de alivio rápido Albuterol/levalbuterol _____ Inhalaciones cada 20 minutos por hasta 4 horas según sea necesario

Medicamento/s de control Continuar con los medicamentos de la Zona verde

Agregar _____ Cambiar por _____

El niño se debe sentir mejor dentro de 20-60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda Flujómetro _____ (menos del 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA! Albuterol/levalbuterol _____ puffs, _____ (con qué frecuencia)

Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro • Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire

• Labios o uñas azules

• Sigue en la zona roja después de 15 minutos

Personal escolar: Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a "Tomar en la escuela".

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Proveedor de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción según corresponda. Autorizo la comunicación entre la clínica o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud ubicada en la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Enfermero de la escuela

El estudiante ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

PLAN DE ACCIÓN PARA _____ (NAME) EN CASO DE CONVULSIONES



Inserte la Foto del Niño

ACERCA DE

Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre del Médico	Teléfono
Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia	Teléfono
Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia	Teléfono
Tipo/Nombre de la Convulsión: _____	
Qué Ocurre: _____	
Cuánto Dura: _____	
Con Cuánta Frecuencia: _____	

Desencadenantes de la Convulsión:

- Omitir el Medicamento
 Falta de Sueño
 Tensión Emocional
 Tensión Física
 Omitir Comidas
 Alcohol/Drogas
 Luces Parpadeantes
 Ciclo Menstrual
 Enfermedad con Fiebre Alta
 Respuesta a Alimentos Específicos o Exceso de Cafeína
 Especifique: _____
 Otro
 Especifique: _____

PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

Medicamento(s) para las Convulsiones

Nombre	Cuánto	Con Cuánta Frecuencia/Cuándo

Tratamiento/Cuidados Adicionales: (p. ej.: dieta, sueño, dispositivos, etc.)



PRECAUCIÓN-TRATAMIENTO INTENSIFICADO

Los síntomas que señalan una convulsión pueden estar en proceso y es posible que necesite tratamiento adicional:

- Dolor de Cabeza
 Episodios de Mirada Fija
 Confusión
 Mareos
 Cambio en La Visión/Auras
 Sentimiento Repentino de Miedo o Ansiedad
 Otro
 Especifique: _____

Tratamiento Adicional:

- Continúe el Plan de Tratamiento Diario
 - Si omitió el medicamento, administre la dosis recetada anteriormente tan pronto como sea posible.
 - No administre una dosis doble ni administre medicamentos con menos de 6 horas de separación. Cambiar a: _____
 Cuánto: _____
 Con cuánta frecuencia/Cuándo: _____
 Añadir: _____
 Cuánto: _____
 Con cuánta frecuencia/Cuándo: _____
 Otros Tratamientos/Cuidados (es decir: sueño, dispositivos): _____

PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE CONVULSIONES

PELIGRO – OBTENGA AYUDA AHORA

Siga los Primeros Auxilios al Dorso en Caso de Convulsión

Encuentre un adulto capacitado en medicamentos de rescate:

Nombre: _____ Número: _____

Registre la Duración y el tiempo de cada convulsión

Llame al 911 si:

- El niño tiene convulsiones que duran más de ___ minutos
- El niño está lesionado o tiene diabetes
- El niño tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
- El niño tiene dificultad para respirar

Cuando el personal de servicios de emergencia médica llegue, un proveedor de atención médica realizará una evaluación individual para determinar cuáles son los pasos siguientes adecuados.

Terapia de Rescate:

Terapia de rescate de acuerdo con las indicaciones del médico:

RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA CONVULSIÓN

Conductas / Necesidades típicas después de la convulsión:

- Dolor de Cabeza Somnolencia / Sueño Náusea Agresión Confusión / Caminar Errante
 Mirada Inexpresiva Otro Especifique: _____

Revisado / Aprobado por:

Firma del Médico

Fecha

Firma del Padre / Madre / Tutor

Fecha

PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE CONVULSIÓN



Image adapted with permission from the Epilepsy Foundation of America

CONOZCA MÁS Y DESCARGUE UNA VERSIÓN DE ESTE PLAN DE ACCIÓN EN:



childneurologyfoundation.org/sudep



dannyydid.org



**EPILEPSY
FOUNDATION**
SUDEP INSTITUTE

epilepsy.com/sudep-institute

COLOCAR FOTO AQUÍ

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ Ib Asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) No

NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes _____

POR LO TANTO:

- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si es PROBABLE que haya habido contacto con el alérgeno, ante la presencia de CUALQUIER síntoma.
- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si hubo INDUDABLEMENTE contacto con el alérgeno, incluso si no hay síntomas aparentes.

PARA CUALQUIERA LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES

Falta de aire, sibilancias, tos recurrente



CORAZÓN

Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos



GARGANTA

Garganta tensa o ronca, problemas para respirar o tragar



BOCA

Hinchazón significativa de la lengua o los labios



PIEL

Urticaria extendida en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado



INTESTINO

Vómitos recurrentes, diarrea grave

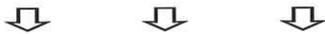


OTROS

Sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN

de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.



1. **ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
2. **Llame al 911.** Informe al operador de emergencias que la persona está sufriendo una reacción anafiláctica y podría necesitar epinefrina cuando llegue el servicio de emergencias.
 - Considere la administración de medicamentos adicionales después de la epinefrina:
 - » Antihistamínico.
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancias.
 - Acueste a la persona en posición horizontal, levántele las piernas y manténgala abrigada. Si respira con dificultad o comienza a vomitar, permítale sentarse o recostarse de lado.
 - Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, se pueden administrar más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
 - Avise a los contactos de emergencia.
 - Traslade al paciente a la sala de emergencias, incluso si se resuelven los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencias al menos 4 horas, ya que los síntomas podrían volver a aparecer.

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Picazón o goteo nasal, estornudos



BOCA

Picazón en la boca



PIEL

Un poco de urticaria, picazón leve



INTESTINO

Náuseas leves o molestias

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN UNA SOLA ÁREA DEL CUERPO, SIGA ESTAS INDICACIONES:

1. Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
2. Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe de cerca los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca o versión genérica de la epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM (intramuscular) 0.15 mg IM 0.3 mg IM 1 mg IN (intranasal) 2 mg IN

Marca o versión genérica del antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): _____

- El paciente puede llevar consigo el medicamento
- El paciente puede autoadministrarse el medicamento



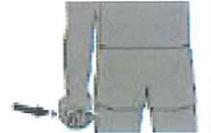
CÓMO USAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transportador transparente.
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando hacia arriba.
3. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENACLICK®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina de su funda protectora transportadora.
2. Retire los dos capuchones azules: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector en el puño con la punta roja hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Manténgalo presionado firmemente contra el muslo por aproximadamente 10 segundos.
4. Retírelo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR TEVA® GENÉRICO DE EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Retire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector girándola en la dirección de la "flecha de giro".
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo en ángulo recto con el muslo.
4. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se administra a un niño pequeño, sujétele firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina se puede inyectar a través de la ropa si es necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

CÓMO USAR NEFFY® (ESPRAY NASAL DE EPINEFRINA)

1. Retire el dispositivo neffy del envase. Abra el envase para quitar el dispositivo de espray nasal neffy.
2. Sostenga el dispositivo como se muestra. Sostenga el dispositivo con el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No tire ni presione el émbolo. No lo pruebe ni lo prepare (no pulverice previamente). Cada dispositivo tiene solo 1 espray.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que los dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta en la nariz apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (pared entre sus 2 fosas nasales) o la pared externa de la nariz.
4. Presione firmemente el émbolo hacia arriba hasta que encaje y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale durante o después de la administración de la dosis. Si gotea líquido por la nariz, es posible que tenga que administrar una segunda dosis de neffy después de comprobar los síntomas.
5. Si los síntomas no mejoran o empeoran dentro de los 5 minutos de la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal con un nuevo dispositivo neffy.



Atienda a la persona antes de comunicarse con los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA — LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____
MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
PADRE/MADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____



Essex County Schools of Technology

OFFICE OF STUDENT-RELATED SERVICES

ESSEX COUNTY VOCATIONAL TECHNICAL SCHOOLS WAS ORGANIZED IN 1923

498-544 W. MARKET ST., NEWARK, NJ 07107 (973) 412-2203 FAX (973) 497-1671 www.essextech.org

Notificación de autorización para participar en deportes interescolares

Estimado padre o tutor,

Se ha recibido un Formulario de Elegibilidad Médica para su hijo (pupilo), _____, para la participación en deportes interescolares patrocinados por la escuela.

El Formulario de Elegibilidad Médica ha sido revisado, y su hijo (pupilo) es:

Aprobado

No Aprobado

para participar, según la recomendación del proveedor de atención médica que relleno el formulario. Si no se aprueba la participación de su hijo (pupilo), deberá seguir las recomendaciones médicas del proveedor de atención sanitaria que relleno el formulario de elegibilidad médica.

Este aviso se le proporciona de conformidad con la Ley del Estado de Nueva Jersey (N.J.A.C. 6A:16- 2.2(h)1.iv y N.J.A.C. 16-2.3(a)4.iv). La determinación de autorización o no autorización se basa únicamente en la recomendación del proveedor de atención médica que completó el formulario de elegibilidad médica. Ni la enfermera de la escuela ni el médico de la escuela (a menos que el médico de la escuela sea el proveedor de atención médica que realizó el examen y completó el formulario de elegibilidad médica) son responsables de esta determinación.

Si su hijo (pupilo) no es aprobado, se le entregará una copia del Formulario de Elegibilidad Médica completado además de este formulario. Por favor, siga todas las recomendaciones dadas por el proveedor de atención médica en el formulario de elegibilidad médica, y por favor dirija cualquier pregunta sobre las razones de la denegación de elegibilidad al proveedor de atención médica que realizó la evaluación.

Nombre de la enfermera escolar (en letra de imprenta): _____

Firma de la enfermera escolar: _____

Nombre del médico de la escuela (en letra de imprenta): _____

Firma del médico de la escuela: _____

<p>Donald M. Payne Tech Campus Ms. Amanda Gordon, RN School Nurse Office Office: 973-412-2254 Email: agordon@essextech.org Ms. Dionne Pace, RN, BSN, CSN School Nurse Office Office: 973-412-2214 Email: dpace@essextech.org</p>	<p>Newark Tech Campus Ms. Christina Merritt MSN, RN, CSN School Nurse Office Office: 973-412-2275 Email: cmerritt@essextech.org</p>	<p>West Caldwell Tech Campus Ms. Bonnie Rogers, RN, BSN, CSN School Nurse Office Office: 973-412-2234 Email: brogers@essextech.org</p>
--	---	---

Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

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

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado / dislocado algún músculo o articulación?

Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Si No

¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí No
En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Sí No
Si es sí, explíquelo en detalle:

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

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí No

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí No

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.

Recursos en la Página Web

- Sudden Death in Athletes
<http://tinyurl.com/m2gjmvrq>
- Hypertrophic Cardiomyopathy Association
www.hcma.org
- American Heart Association www.heart.org

Agencias Colaboradoras:

American Academy of Pediatrics
New Jersey Chapter
3836 Quakerbridge Road, Suite 108
Hamilton, NJ 08619
(p) 609-842-0014
(f) 609-842-0015
www.aapnj.org



American Heart Association
1 Union Street, Suite 301
Robbinsville, NJ 08691
(p) 609-208-0020
www.heart.org



Departamento de Educación de Nueva Jersey
P.O. Box 500
Trenton, NJ 08625-0500
(p) 609-292-5935
www.state.nj.us/education/



Departamento de Salud de Nueva Jersey
P.O. Box 360
Trenton, NJ 08625-0360
(p) 609-292-7837
www.state.nj.us/health



Autor Principal: Academia de Pediatría Americana, Capítulo de Nueva Jersey
Escrito por: Borrador inicial por Sushina Raman Hebbur, MD & Stephen G. Rice, MD PhD
Revisores Adicionales: Departamento de Educación, Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayoras de NJ, Asociación del Corazón Americano, Capítulo de Nueva Jersey, Academia de Práctica de Familia de NJ, Cardiólogos Pediatricos, Enfermeras Escolares del Estado de Nueva Jersey
Revisado 2014: Nancy Curry, EDM;
Christene DeWitt-Parker, MSN, CSN, RN;
Lakota Kruse, MD, MPH; Susan Marz, EdM;
Stephen G. Rice, MD; Jeffrey Rosenberg, MD;
Louis Teichholz, MD; Perry Weinstock, MD

MUERTE CARDÍACA SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES

Los datos básicos en la muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes



American Heart Association
Learn and Live

MUERTE CARDÍACA SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES



La muerte súbita en atletas jóvenes es muy rara. ¿Qué, si acaso, se puede hacer para prevenir este tipo de tragedia?

¿Qué es la muerte cardíaca súbita en el atleta joven?

La muerte cardíaca súbita es el resultado del fallo inesperado de la función apropiada del corazón, usualmente (alrededor de 60% de las veces) durante o inmediatamente después de hacer ejercicio sin trauma. Ya que el corazón cesa de bombear adecuadamente, el atleta se desmaya rápidamente, pierde el conocimiento, y por último muere a menos que se restaure el ritmo normal del corazón usando un desfibrilador externo automático (AED, siglas en inglés).

¿Qué tan común es la muerte súbita en atletas jóvenes?

La muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes es muy rara. En los Estados Unidos se reportan alrededor de 100 muertes tales. El chance de que la muerte súbita ocurra a un atleta de escuela secundaria individual es alrededor de uno en 200,000 por año.

La muerte cardíaca súbita es más común: en varones que en mujeres; en fútbol y baloncesto que en cualquier otro deporte; y en afroamericanos más que en otras razas o grupos étnicos.

¿Cuáles son las causas más comunes?

Los estudios de investigación sugieren que la causa principal es la pérdida del ritmo cardíaco apropiado, lo cual causa que el corazón tiemble en lugar de bombear sangre al cerebro y al cuerpo. Esto se llama fibrilación ventricular. El problema usualmente es causado por varias anomalías cardiovasculares y enfermedades eléctricas del corazón que no son detectadas en atletas aparentemente saludables.

La causa más común de muerte súbita en un atleta es la cardiomiopatía hipertrofica, llamada también HCM. HCM es una enfermedad del corazón, con engrosamiento anormal del músculo del corazón, lo que puede causar problemas serios del ritmo del corazón y bloqueos del flujo de la sangre. Esta enfermedad genética se da en familias y usualmente se desarrolla gradualmente a lo largo de muchos años.

La segunda causa más probable es anomalías congénitas (esto es, presente desde el nacimiento) de las arterias coronarias. Esto significa que estos vasos sanguíneos están conectados al vaso sanguíneo principal del corazón de modo anormal. Esto difiere de los bloqueos que pueden ocurrir cuando la gente envejece (comúnmente llamada "enfermedad arterial cardíaca", lo cual puede conducir a un ataque del corazón).



MUERTE CARDÍACA SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES

Otras enfermedades del corazón que pueden conducir a la muerte súbita en gente joven incluyen:

- Miocarditis, una inflamación aguda del músculo del corazón (usualmente causada por un virus).
- Cardiomiopatía dilatada, un agrandamiento del corazón por razones desconocidas.
- Síndrome QT largo y otras anomalías de las eléctricas del corazón que causan ritmos anormalmente rápidos del corazón y pueden darse en las familias también
- Síndrome de Marfan, un desorden hereditario que afecta las válvulas del corazón, las paredes de las arterias principales, ojos y esqueleto. Generalmente se da en atletas inusualmente altos, especialmente si el ser alto no es común en otros miembros de la familia.

¿Existen señales de advertencia que deben ser vigiladas?

- En más de un tercio de estas muertes cardíacas súbitas, hubo señales de advertencia que no fueron reportadas o no se tomaron en serio. Las señales de advertencia son:
 - Desmayo, convulsiones durante la actividad física;
 - Desmayo o convulsiones por excitación emocional, estrés emocional o sobresaltarse;
 - Mareo o aturdimiento, especialmente durante el esfuerzo;
 - Dolor en el pecho, durante el descanso o esfuerzo;
 - Palpitaciones – estar consciente de que el corazón late de modo inusual (saltar los latidos o los latidos son irregulares o extra) durante participación en actividades atléticas o durante los períodos de enfriamiento después de la participación en actividades atléticas;
 - Fatiga o cansarse más rápidamente que sus compañeros; o
 - No poder seguir al ritmo que sus amigos debido a falta de aliento (dificultad para respirar).

¿Cuáles son las recomendaciones actuales para exámenes de detección de señales en atletas jóvenes?

Nueva Jersey requiere que todos los atletas escolares sean examinados por su médico primario ("médico del hogar") o por el médico escolar al menos una vez al año. El Departamento de Educación de Nueva Jersey requiere el uso del Formulario de Examen Físico Antes de la Participación (PPE, siglas en inglés para Pre-participation Physical Examination Form).

Este proceso empieza con los padres y los estudiantes atletas contestando preguntas acerca de síntomas durante el ejercicio (tales como dolor en el pecho, mareo, desmayo, palpitaciones o falta de aliento); y preguntas acerca del historial de salud de la familia.

El proveedor primario de servicios de salud debe saber si algún miembro de la familia murió súbitamente durante la actividad física o durante una convulsión. Ellos también deben saber si alguien en la familia menor de 50 años de edad tuvo una muerte súbita inexplicable tal como ahogamiento o accidentes automovilísticos. Esta información debe ser proporcionada anualmente para cada examen porque es muy esencial para identificar a los que están a riesgo de muerte cardíaca súbita.

El examen físico requerido incluye la medición de la presión arterial y escuchar cuidadosamente al examinar el corazón, especialmente por soplos o anomalías del ritmo. De no haber señales de advertencia en el historial de salud y si no se descubrieron anomalías durante el examen, no se recomienda evaluación o pruebas adicionales.

¿Existen opciones privadas disponibles de evaluaciones de detección de condiciones cardíacas?

Programas de evaluaciones de detección basados en tecnología incluyendo un electrocardiograma (ECG, siglas en inglés) y ecocardiograma (ECHO, siglas en inglés) son opciones no invasivas y sin dolor que los padres

pueden tomar en cuenta además del PPE requerido. Sin embargo, estos procedimientos pueden ser muy caros y actualmente no son recomendados por la Asociación de Pediatría Americana y el Colegio de Cardiología Americano a menos que el PPE revele una indicación para estas pruebas. Además del gasto, otras limitaciones de las pruebas basadas en tecnología incluyen la posibilidad de "positivos falsos" que conducen a estrés innecesario para los padres o tutores así como restricciones innecesarias para la participación en actividades atléticas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ofrece opciones para evaluaciones de riesgo bajo la iniciativa de Historia Familiar del Director General de Sanidad (Surgeon General) disponible en: <http://www.hhs.gov/familyhistory/index.html>.

¿Cuándo debe un estudiante atleta ver a un especialista del corazón?

Si el proveedor primario de servicios de salud o el médico escolar tiene alguna preocupación, se recomienda una remisión a un especialista del corazón de niños, cardiólogo pediátrico. Este especialista realizará una evaluación más extensa, incluyendo un electrocardiograma (ECG), que es un gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Y probablemente se hará un ecocardiograma que es una prueba de ultrasonido que permite la visualización directa de la estructura del corazón. El especialista podría ordenar también una prueba de ejercicio en una trotadora y un monitor para permitir una grabación más larga del ritmo del corazón. Estas pruebas no son invasivas o incómodas.

¿Puede prevenirse la muerte cardíaca súbita con solamente los exámenes de detección apropiados?

Una evaluación apropiada debe encontrar la mayoría, pero no todas, las condiciones que podrían causar la muerte súbita en el atleta. Esto se debe a que algunas enfermedades son difíciles de

descubrir y podrían desarrollarse solamente más tarde en la vida. Otras pueden desarrollarse luego de una evaluación de detección normal, tal como una infección del músculo del corazón debida a un virus. Esta es la razón por la cual las evaluaciones de detección y un repaso de la historia de salud de la familia deben ser hechos anualmente por el proveedor primario de servicios de salud. Con las pruebas y evaluaciones de detección apropiadas, la mayoría de los casos pueden ser identificados y prevenidos.

¿Por qué se tiene un AED en el lugar durante los eventos deportivos?

El único tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es el uso de un desfibrilador externo automático (AED). Un AED puede restaurar el ritmo normal del corazón. Un AED también salva la vida para la fibrilación ventricular causada por un golpe al pecho sobre el corazón).

N.J.S.A. 18A:40-41a hasta c, conocida como "Ley Janet" requiere que en cualquier evento atlético auspiciado por una escuela o práctica de un equipo en las escuelas públicas o no públicas incluyendo los grados K al 12, lo siguiente debe estar disponible

- Un AED presente en un lugar abierto en la propiedad de la escuela dentro de una proximidad razonable al campo atlético o gimnasio; y
- Un entrenador del equipo, adiestrador atlético licenciado u otro miembro del personal designado si no hay un entrenador o adiestrador atlético presente, certificado en resucitación cardiopulmonar (CPR, siglas en inglés) y en el uso del AED o
- Un proveedor de servicios de emergencia certificado por el estado u otra persona de primera respuesta certificada.

La Academia de Pediatría Americana recomienda que el AED debe ser colocado en un lugar céntrico accesible e idealmente no más de 1 a 1½ minutos de camino de cualquier lugar y que se haga una llamada para activar el sistema de emergencia 911 mientras se obtiene el AED.



STATE OF NEW JERSEY
DEPARTMENT OF EDUCATION

Folleto sobre muerte cardíaca súbita
Hoja de firma

Nombre del distrito escolar: _____

Nombre de la escuela local: _____

Reconozco / reconocemos que recibimos y revisamos el folleto Muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes.

Firma del alumno: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

LESIONES OCULARES RELACIONADAS CON EL DEPORTE:

HOJA INFORMATIVA EDUCATIVA PARA PADRES



Participar en deportes y actividades recreativas es una parte importante de un estilo de vida saludable y físicamente activo para los niños. Desafortunadamente, las lesiones pueden ocurrir y, de hecho, ocurren. Los niños tienen un riesgo especial de sufrir una lesión ocular relacionada con los deportes y la mayoría de estas lesiones se pueden prevenir. Cada año, más de 30,000 niños sufren graves lesiones oculares relacionadas con los deportes. Cada 13 minutos, se trata una lesión ocular relacionada con los deportes en una sala de emergencias en los Estados Unidos.¹ Según el National Eye Institute, los deportes con mayor tasa de lesiones oculares son: béisbol/softbol, hockey sobre hielo, deportes de raqueta y baloncesto, seguidos de esgrima, cruce, paintball y boxeo.

Afortunadamente, los padres pueden tomar medidas para garantizar la seguridad de sus hijos en el campo, en la cancha o en cualquier lugar donde jueguen o participen en deportes y actividades recreativas.

Prevención de lesiones oculares relacionadas con el deporte

Aproximadamente el 90 % de las lesiones oculares relacionadas con los deportes se pueden prevenir con precauciones sencillas, como el uso de gafas protectoras.² **Cada deporte tiene un tipo de gafas protectoras recomendado, según lo determinado por la Sociedad Americana para Pruebas y Materiales (American Society for Testing and Materials, ASTM). Las gafas protectoras deben colocarse cómodamente sobre la cara. Los equipos mal ajustados pueden ser incómodos y no ofrecer la mejor protección ocular. Las gafas protectoras para los deportes incluyen, entre otras cosas, gafas de seguridad, y deben estar hechas de lentes de policarbonato, un plástico fuerte y resistente a roturas. Las lentes de policarbonato son mucho más resistentes que las lentes normales.**³

Los proveedores de atención médica (Healthcare Providers, HCP), incluidos médicos de cabecera, oftalmólogos, optometristas y otros, desempeñan un papel fundamental en el asesoramiento a estudiantes, padres y tutores sobre el uso adecuado de las gafas protectoras. Para averiguar qué tipo de protección ocular está recomendado y permitido para el deporte de su hijo/a, visite el National Eye Institute en <http://www.nei.nih.gov/sports/findingprotection.asp>. Prevent Blindness America también ofrece consejos para elegir y comprar gafas protectoras en <http://www.preventblindness.org/tips-buying-sports-eye-protectors> y <http://www.preventblindness.org/recommended-sports-eye-protectors>.

Se recomienda que todos los niños que participen en deportes escolares o deportes recreativos lleven gafas protectoras. Los padres y los entrenadores deben asegurarse de que los atletas jóvenes protejan sus ojos y se preparen adecuadamente para el juego. Las gafas protectoras deben formar parte de cualquier uniforme para ayudar a reducir la aparición de lesiones oculares relacionadas con los deportes. Dado que muchos equipos de jóvenes no requieren protección ocular, es posible que los padres tengan que asegurarse de que sus hijos lleven gafas de seguridad o gafas protectoras cuando practiquen deporte. Los padres pueden dar un buen ejemplo usando gafas protectoras cuando practican deportes.

¹ National Eye Institute, National Eye Health Education Program, Sports-Related Eye Injuries: What You Need to Know and Tips for Prevention, www.nei.nih.gov/sports/pdf/sportsrelatedeyeinjuries.pdf, 26 de diciembre de 2013.

² Rodríguez, Jorge O., D.O., y Lavina, Adrian M., M.D., Prevention and Treatment of Common Eye Injuries in Sports, <http://www.aafp.org/afp/2003/0401/p1481.html>, 4 de septiembre de 2014; National Eye Health Education Program, Sports-Related Eye Injuries: What You Need to Know and Tips for Prevention, www.nei.nih.gov/sports/pdf/sportsrelatedeyeinjuries.pdf, 26 de diciembre de 2013.

³ Bedinghaus, Troy, O.D., Sports Eye Injuries, http://vision.about.com/od/emergencyeyecare/a/Sports_Injuries.htm, 27 de diciembre de 2013.

Tipos más frecuentes de lesiones oculares



Los tipos más comunes de lesiones oculares que se pueden producir por los deportes son lesiones contundentes, abrasiones corneales y lesiones penetrantes.

♦ **Lesiones contundentes:** las lesiones contundentes se producen cuando el ojo se comprime de repente por el impacto de un objeto. Las lesiones contundentes, a menudo causadas por pelotas de tenis, raquetas, puños o codos, a veces causan un ojo morado o un hifema (sangrado delante del ojo). Las lesiones más graves y contundentes a menudo rompen los huesos cerca del ojo y a veces pueden dañar gravemente las estructuras oculares importantes o provocar pérdida de visión.

♦ **Abrasiones corneales:** las abrasiones corneales son rasguños dolorosos en el exterior del ojo o en la córnea. La mayoría de las abrasiones corneales finalmente se curan por sí solas, pero un médico puede evaluar mejor el alcance de la abrasión y

puede recetar medicamentos para ayudar a controlar el dolor. La causa más frecuente de una abrasión corneal relacionada con el deporte es que un dedo golpea el ojo.

♦ **Lesiones penetrantes:** Las lesiones penetrantes son causadas por un objeto extraño que perfora el ojo. Estas son muy graves y a menudo provocan daños graves en el ojo. Estas lesiones se producen a menudo cuando las gafas se rompen mientras se llevan puestas. Las lesiones penetrantes deben tratarse rápidamente para preservar la visión.⁴

- Dolor al mirar hacia arriba o hacia abajo, o dificultad para ver
- Sensibilidad
- Ojo hundido
- Visión doble
- Hinchazón intensa de los párpados y la cara
- Dificultad de seguimiento

Signos o síntomas de una lesión ocular



- Tamaño o forma de pupila inusual del ojo
- Sangre en la parte transparente del ojo
- Entumecimiento de la parte superior de la mejilla y las encías
- Enrojecimiento intenso alrededor de la parte blanca del ojo

Qué hacer si se produce una lesión ocular relacionada con el deporte



Si un niño sufre una lesión ocular, se recomienda que reciba tratamiento inmediato de un HCP autorizado (p. ej., oftalmólogo) para reducir el riesgo de daño grave, incluida la ceguera. También se recomienda que el niño, junto con su padre/madre o tutor, busque orientación del HCP sobre la cantidad de tiempo adecuada que debe esperar antes de volver a la competición o práctica deportiva después de sufrir una lesión ocular. También se debe informar al personal de enfermería de la escuela y a los maestros del niño cuando este sufre una lesión ocular. Un padre/madre o tutor también debe proporcionar al personal de enfermería de la escuela una nota del médico que detalle la naturaleza de la lesión ocular, cualquier diagnóstico, las órdenes médicas para el regreso

a la escuela, así como cualquier receta o tratamiento necesario para promover la curación, y la reanudación segura de las actividades normales, incluidos los deportes y las actividades recreativas.

Volver al juego y al deporte



Según el American Family Physician Journal, hay varias directrices que deben seguirse cuando el estudiantado vuelve a jugar después de sufrir una lesión ocular. Por ejemplo, el estudiantado que ha sufrido una lesión ocular significativa debe someterse a una evaluación completa para que el oftalmólogo u optometrista descarte cualquier peligro. Además, el estudiantado no debe volver a jugar hasta que haya transcurrido el periodo recomendado por su HCP. En el caso de lesiones oculares menores, el entrenador deportivo puede determinar que el estudiantado lleve gafas protectoras cuando vuelva a jugar y pedirle que le informe inmediatamente de cualquier preocupación con su visión. Es seguro que un estudiante reanude el juego en función de la naturaleza de la lesión y en cómo se siente. Independientemente del grado de sufrimiento de las lesiones oculares, se recomienda que el estudiantado lleve gafas protectoras cuando regrese a jugar y notifique inmediatamente cualquier preocupación sobre su visión a su entrenador o al formador deportivo.

Puede encontrar más información sobre la seguridad ocular en <http://isee.nei.nih.gov> y <http://www.nei.nih.gov/sports>.

⁴Bedinghaus, Troy, O.D., Sports Eye Injuries, http://vision.about.com/od/emergencyeyecare/a/Sports_Injuries.htm, 27 de diciembre de 2013.

Hoja informativa sobre la conmoción cerebral relacionada con el deporte y lesiones en la cabeza y el formulario de reconocimiento de padres/tutores

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que puede ser causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que interrumpe el funcionamiento normal del cerebro. Las conmociones cerebrales son un tipo de lesión cerebral traumática (TBI), que puede variar de leve a grave y puede alterar la forma en que el cerebro normalmente funciona. Las conmociones cerebrales pueden causar deterioro neuropsicológico significativo y sostenido que afecta la resolución de problemas, planificación, memoria, atención, concentración y comportamiento.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que 300.000 conmociones cerebrales se mantienen durante las actividades relacionadas con el deporte en todo el país, y más de 62.000 conmociones cerebrales se mantienen cada año en los deportes de contacto de la escuela secundaria. El síndrome de segundo impacto ocurre cuando una persona sufre una segunda conmoción cerebral mientras sigue experimentando síntomas de una conmoción cerebral previa. Puede conducir a un deterioro grave e incluso a la muerte de la víctima.

La legislación (P.L.2010, Capítulo 94) firmada el 7 de diciembre de 2010, ordenaba que se tomaran medidas para garantizar la seguridad de los estudiantes-atletas K-12 involucrados en deportes interescolares en Nueva Jersey. Es imperativo que los atletas, entrenadores y padres / tutores estén informados sobre la naturaleza y el tratamiento de las conmociones cerebrales relacionadas con el deporte y otras lesiones en la cabeza. La legislación establece que:

- Todos los entrenadores, entrenadores atléticos, enfermeras escolares y médicos de la escuela / equipo deberán completar un Programa de Entrenamiento de Seguridad Interescolar de Lesiones en la Cabeza para el año escolar 2011-2012.
- Todos los distritos escolares, escuelas autónomas y escuelas no públicas que participan en deportes interescolares distribuirán anualmente este hecho educativo a todos los estudiantes atletas y obtendrán un reconocimiento firmado por cada padre / tutor y estudiante atleta.
- Cada distrito escolar, escuela autónoma y escuela privada deberá desarrollar una política escrita que describa la prevención y el tratamiento de la conmoción cerebral relacionada con los deportes y otras lesiones en la cabeza sufridas por estudiantes-atletas interescolares.
- Cualquier estudiante-atleta que participe en un programa deportivo interescolar y se sospeche que sufre una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la competencia o la práctica. El estudiante-atleta no podrá regresar a la competencia o a la práctica hasta que haya escrito la autorización de un médico capacitado en tratamiento de conmoción cerebral y haya completado el protocolo de regreso al juego graduado de su distrito.

Datos Básicos

- La mayoría de las conmociones cerebrales no implican pérdida del conocimiento.
- Puede sufrir una conmoción cerebral incluso si no se golpea la cabeza
- Un golpe en otra parte del cuerpo puede transmitir una fuerza "impulsiva" al cerebro y causar una conmoción cerebral.

Señales de conmoción cerebral (observadas por el entrenador, el preparador físico, los padres / tutores)

- Aparece aturdido/a
- Olvida jugadas o demuestra dificultades de memoria a corto plazo (por ejemplo, no está seguro del juego, oponente)

- Muestra dificultades con el equilibrio, la coordinación, la concentración y la atención.
- Responde preguntas de forma lenta o imprecisa
- Demuestra cambios de comportamiento o personalidad.
- No puede recordar eventos antes o después del golpe o la caída.

Síntomas de conmoción cerebral (informados por el estudiante-atleta)

- Dolor de cabeza
- Náusea/vómito
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o cambios en la visión
- Sensibilidad a la luz / sonido
- Sensación de lentitud o confusión
- Dificultad para concentrarse, memoria a corto plazo y / o confusión

¿Qué debe hacer un estudiante-atleta si cree que tiene una conmoción cerebral?

- **No lo escondas.** Dígale a su Entrenador Atlético, Enfermera Escolar o Padre/Tutor.
- **Repórtalo.** No regrese a la competencia ni a la práctica con síntomas de conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Cuanto antes lo informe, antes podrá volver a jugar.
- **Tómese tiempo para recuperarse.** Si tienes una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras tu cerebro está sanando, es mucho más probable que sostengas una segunda conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden causar lesiones cerebrales permanentes.

¿Qué puede pasar si un estudiante-atleta continúa jugando con una conmoción cerebral o vuelve a jugar muy pronto?

- Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al estudiante-atleta vulnerable al síndrome del segundo impacto.
- El síndrome del segundo impacto ocurre cuando un estudiante-atleta sufre una segunda conmoción cerebral mientras aún tiene síntomas de una conmoción cerebral anterior o una lesión en la cabeza.
- El síndrome del segundo impacto puede provocar un deterioro grave e incluso la muerte en casos extremos.

¿Deberían realizarse adaptaciones académicas temporales para los estudiantes deportistas que hayan sufrido una conmoción cerebral?

- Recuperar el descanso cognitivo es tan importante como el descanso físico. Leer, enviar mensajes de texto, probar, incluso ver películas, puede ralentizar la recuperación de un estudiante-atleta.
- Permanezca en casa después de la escuela con una estimulación mental y social mínima hasta que todos los síntomas se hayan resuelto.
- Es posible que los estudiantes necesiten tomar descansos, pasar menos horas en la escuela, recibir tiempo adicional para completar las tareas, además de que se les ofrezcan otras estrategias de instrucción y adaptaciones en el aula.

Los estudiantes-atletas que han sufrido una conmoción cerebral deben completar un regreso gradual al juego antes de que puedan reanudar la competencia o la práctica, de acuerdo con el siguiente protocolo:

- **Paso 1:** Finalización de un día completo de actividades cognitivas normales (día escolar, estudio para pruebas, observación de la práctica, interacción con compañeros) sin reemergencia de ningún signo o síntoma. Si no hay retorno de los síntomas, al día siguiente por adelantado.
- **Paso 2:** Ejercicio aeróbico ligero, que incluye caminar, nadar y andar en bicicleta estacionaria, manteniendo la intensidad por debajo del 70% de la frecuencia cardíaca máxima. Sin entrenamiento de resistencia. El objetivo de este paso es aumentar la frecuencia cardíaca.

- **Paso 3:** Ejercicio específico para un deporte que incluye patinar y / o correr: sin actividades de impacto en la cabeza. El objetivo de este paso es agregar movimiento.
- **Paso 4:** Simulacros de entrenamiento sin contacto (por ejemplo, ejercicios de pase). El estudiante-atleta puede iniciar un entrenamiento de resistencia.
- **Paso 5:** Después de la autorización médica (consulta entre el personal de salud de la escuela y el médico del estudiante deportista), participación en las actividades normales de entrenamiento. El objetivo de este paso es restaurar la confianza y evaluar las habilidades funcionales por parte del personal médico y de entrenadores.
- **Paso 6:** Regrese al juego que implique un esfuerzo normal o una actividad de juego.

Para obtener más información sobre las conmociones cerebrales relacionadas con los deportes y otras lesiones de la cabeza, visite:

- [CDC Heads Up](#)
- [Keeping Heads Healthy](#)
- [National Federation of State High School Associations](#)
- [Athletic Trainers' Society of New Jersey](#)

Firma del estudiante-deportista	Firma del padre / tutor en letra de imprenta	Fecha
Escriba el nombre del estudiante-atleta	Escriba el nombre del padre / tutor	Fecha



STATE OF NEW JERSEY DEPARTMENT OF EDUCATION

Ficha informativa educativa sobre el consumo y el abuso de opioides

Mantener a los alumnos atletas seguros

El atletismo escolar puede desempeñar un papel integral en el desarrollo de los alumnos. Además de proporcionar formas saludables de ejercicio, el atletismo escolar fomenta la amistad y la camaradería, promueve el espíritu deportivo y el juego limpio, e inculca el valor de la competencia.

Lamentablemente, las actividades deportivas también pueden provocar lesiones y, rara vez, dolores que son graves o que duran lo suficiente como para necesitar un analgésico opiode con receta¹. Es importante entender que las sobredosis de opioides están en aumento, y acaban con la vida de estadounidenses de todas las edades y orígenes. Las familias y las comunidades de todo el país lidian con los efectos de salud, emocionales y económicos de esta epidemia².

Esta ficha informativa educativa, creada por el Departamento de Educación de Nueva Jersey, según lo exige la ley estatal [Título 18A, Artículos 40-41.10 de las Leyes comentadas de Nueva Jersey (New Jersey Statutes Annotated, N.J.S.A.)], proporciona información sobre el consumo y el abuso de medicamentos opioides en el caso de que un proveedor de atención médica le recete a un alumno atleta o a una porrista un opiode para tratar una lesión relacionada con el deporte. Los alumnos atletas y porristas que participen en un programa de deportes interescolares (y sus padres o tutores si el alumno es menor de 18 años) deben proporcionarle un acuse de recibo por escrito de esta ficha informativa al distrito escolar.

¿Cómo obtienen los atletas los opioides?

En algunos casos, se les recetan estos medicamentos a los alumnos atletas. Según investigaciones, alrededor de un tercio de los jóvenes estudiados obtuvieron las pastillas de sus propias recetas anteriores (es decir, de una receta no terminada que se utiliza sin la supervisión de un médico) y el 83 por ciento de los adolescentes tenía acceso no supervisado a sus medicamentos recetados³. Es importante que los padres comprendan el posible riesgo de tener medicamentos recetados de manera insegura en sus hogares. Los padres también deben comprender la importancia del almacenamiento y la eliminación adecuados de los medicamentos, incluso si creen que su hijo no participaría en el consumo no médico o recreativo de medicamentos recetados.

¿Cuáles son las señales del abuso de opioides?

Según el Consejo Nacional sobre Alcoholismo y Drogodependencia, el 12 por ciento de los atletas masculinos y el 8 por ciento de las atletas femeninas habían consumido opioides recetados en el período estudiado de 12 meses³. En las primeras etapas de abuso, el atleta puede presentar náuseas o vómitos no provocados. Sin embargo, a medida que desarrolla tolerancia al medicamento, esos signos disminuirán. El estreñimiento es frecuente, pero no suele informarse.

Uno de los indicios más importantes de una posible adicción a los opioides es la disminución en el rendimiento académico o atlético del atleta, o la falta de interés en su deporte. Si se observan estas señales de advertencia, las buenas prácticas requieren que el alumno sea derivado al profesional adecuado para que se le realice un análisis de detección⁴, que se proporciona a través de una práctica basada en la evidencia para identificar el consumo, el abuso y la dependencia problemáticos de drogas ilícitas [p. ej., Detección, Intervención breve y Derivación al tratamiento (SBIRT)] ofrecido a través del [New Jersey Department of Health \(Departamento de Salud de Nueva Jersey\)](#).

¿Cuáles son algunas formas en las que se puede prevenir el consumo y el abuso de opioides?

De acuerdo con el presidente del Comité Asesor Médico Deportivo de la Asociación Atlética Interescolar del Estado de Nueva Jersey (New Jersey State Interscholastic Athletic Association, NJSIAA), John P. Kripsak, D.O.: "Los estudios indican que alrededor del 80 por ciento de los consumidores de heroína comenzaron abusando de los analgésicos opioides".

El Comité Asesor Médico Deportivo, que incluye representantes de las escuelas miembro de la NJSIAA, así como expertos en el campo de la salud y la medicina, recomienda lo siguiente:

- El dolor de la mayoría de las lesiones relacionadas con los deportes puede tratarse con medicamentos no opioides, como el paracetamol, y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno, el naproxeno o la aspirina. Lea la etiqueta con detenimiento y siempre tome la dosis recomendada o siga las instrucciones del médico. Consumir más medicamento no es necesariamente mejor cuando se toma un analgésico de venta libre (OTC, por su sigla en inglés) que puede provocar efectos secundarios peligrosos¹⁰.
- La terapia con hielo se puede utilizar de forma adecuada como anestésico.
- Siempre consulte con el médico exactamente qué se le receta para el dolor y solicite evitar los opioides.
- En casos extremos, como traumatismos graves o dolor posquirúrgico, no se deben recetar analgésicos opioides durante más de cinco días a la vez.
- Los padres o tutores siempre deben controlar la administración de los analgésicos, y mantenerlos en un lugar seguro y no accesible.
- Los medicamentos no utilizados deben eliminarse de inmediato después de finalizar del tratamiento. Pregúntele al farmacéutico acerca de las ubicaciones de entrega o los kits de eliminación en el hogar, como Deterra o Medsaway.

Tabla 1: Cantidad de lesiones a nivel nacional en 2012 entre atletas menores de 19 años de 10 deportes populares

(Sobre la base de los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Electrónica de Lesiones de la Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo de los EE. UU.)

Deporte	Cantidad de lesiones
Fútbol americano	394,350
Baloncesto	389,610
Fútbol	172,470
Béisbol	119,810
Softball	58,210
Vóleibol	43,190

Deporte	Cantidad de lesiones
Lucha libre	40,750
Animación deportiva (Porrismo)	37,770
Gimnasia	28,300
Atletismo	24,910

Fuente: USA Today (Janet Loehrke), Encuesta sobre visitas a la sala de emergencias

Las lesiones deportivas pueden ocurrir aun con un entrenamiento y una prevención adecuados

Existen dos tipos de lesiones deportivas: Las lesiones agudas ocurren repentinamente, como un esguince de tobillo o distensión en la espalda. Las lesiones crónicas pueden ocurrir después de practicar un deporte o de hacer ejercicio durante un período largo de tiempo, aun cuando se aplican las técnicas de prevención de sobreesfuerzo⁵.

Se debe alentar a los atletas a que hablen acerca de las lesiones, los entrenadores deben respaldar las decisiones de prevención de lesiones y se debe incentivar tanto a los padres como a los atletas jóvenes a educarse mejor acerca de la seguridad en los deportes⁶.

¿Cuáles son algunas formas de reducir el riesgo de sufrir lesiones?⁷

La mitad de todas las lesiones en la medicina del deporte en niños y adolescentes se produce a causa del sobreesfuerzo. Una lesión por sobreesfuerzo es el daño a un hueso, músculo, ligamento o tendón causado por el estrés repetitivo que no cuenta con el tiempo necesario para que el cuerpo sane. Los niños y los adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir lesiones por sobreesfuerzo porque los huesos en crecimiento son menos resistentes al estrés. Además, los atletas jóvenes pueden no saber que ciertos síntomas son signos de sobreesfuerzo.

La mejor forma de lidiar con las lesiones deportivas es evitar que sucedan desde el principio. Estas son algunas recomendaciones para tener en cuenta:

Preparación

Obtener la evaluación física previa a la participación antes de unirse a un equipo deportivo interescolar o interno patrocinado por la escuela.

Acondicionamiento

Mantener un buen nivel físico durante la temporada y fuera de esta. También son importantes los ejercicios adecuados de calentamiento y enfriamiento.

Jugar de manera inteligente

Probar una variedad de deportes y considerar especializarse en un deporte antes de la adolescencia tardía para ayudar a evitar las lesiones por sobreesfuerzo.

Hidratación adecuada

Mantener el cuerpo hidratado para ayudar al corazón a bombear sangre más fácilmente a los músculos, lo que permite que los músculos funcionen de manera eficiente.

Entrenamiento

Aumentar el tiempo de entrenamiento semanal, la cantidad de millas o las repeticiones en no más del 10 por ciento por semana. Por ejemplo, si corre 10 millas una semana, aumente a 11 millas la semana siguiente. Los atletas también deben realizar entrenamientos cruzados y ejercicios específicos del deporte de diferentes maneras, como correr en una piscina, en vez de correr solo en la pista.

Descanso

Tomarse, al menos, un día libre a la semana de la actividad programada para recuperarse física y mentalmente. Los atletas deben tomarse un descanso combinado de tres meses por año de un deporte específico (se puede dividir durante todo el año en incrementos de un mes). Los atletas pueden permanecer físicamente activos durante los períodos de descanso al realizar actividades alternativas de poco estrés, como la elongación, el yoga o caminar.

Equipo adecuado

Utilizar el equipo de protección adecuado y debidamente colocado, como almohadillas (cuello, hombro, codo, pecho, rodilla y espinilla), cascos, protectores bucales, protectores faciales, copas protectoras y gafas. No debe asumir que el equipo de protección evitará todas las lesiones mientras se realizan actividades más peligrosas o riesgosas.

Recursos para padres y alumnos sobre la prevención del consumo indebido y el abuso de sustancias

La siguiente lista proporciona algunos ejemplos de recursos:

[National Council on Alcoholism and Drug Dependence–NJ \(Consejo Nacional de Alcoholismo y Drogodependencia de Nueva Jersey\)](#) promueve el tratamiento de la adicción y la recuperación.

El [Departamento de Salud de Nueva Jersey, División de Servicios de Salud Mental y Adicciones \(New Jersey Department of Health, Division of Mental Health and Addiction Services\)](#) se compromete a asegurar que sus programas y servicios reflejen prácticas de salud integrada y otras prácticas nacionales, son inclusivas, basadas en la evidencia, y basadas en la recuperación e impulsadas por el consumidor.

La [New Jersey Prevention Network \(Red de Prevención de Nueva Jersey\)](#) incluye un [parent's quiz \(cuestionario para padres\)](#) sobre los efectos de los opioides.

[Operation Prevention Parent Toolkit \(Kit de Herramientas para Padres de Prevención de la Operación\)](#) está diseñado para ayudar a los padres a aprender más sobre la epidemia de opioides, a reconocer las señales de advertencia y a abrir vías de comunicación con sus hijos y los de la comunidad.

[Parent to Parent NJ \(De Padre a Padre, NJ\)](#) es una base para familias y niños que luchan contra la adicción al alcohol y las drogas.

[Partnership for a Drug Free New Jersey \(Asociación para una Nueva Jersey Libre de Drogas\)](#) es la asociación antidrogas de Nueva Jersey creada para localizar y fortalecer los esfuerzos de los medios para la prevención del abuso de drogas a fin de evitar el consumo ilegal de drogas, en especial, entre los jóvenes.

[The Science of Addiction \(La Ciencia de la Adicción\): The Stories of Teens \(Historias de Adolescentes\)](#) comparte conceptos erróneos comunes sobre los opioides mediante la experiencia de adolescentes.

[Youth IMPACTing NJ](#) está formado por representantes juveniles de agrupaciones de todo el estado de Nueva Jersey que han causado una gran impresión en sus comunidades y pares al difundir información sobre los peligros del consumo de alcohol, de marihuana y de otras sustancias en los menores de edad.

Referencias

¹ [Massachusetts Technical Assistance Partnership for Prevention](#)

² [Centers for Disease Control and Prevention](#)

³ [New Jersey State Interscholastic Athletic Association \(NJSIAA\) Sports Medical Advisory Committee \(SMAC\)](#)

⁴ [Athletic Management, David Csillan, athletic trainer, Ewing High School, NJSIAA SMAC](#)

⁵ [National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases](#)

⁶ [USA Today](#)

⁷ [American Academy of Pediatrics](#)

Esta hoja informativa fue desarrollada en enero de 2018 por el Departamento de Educación de Nueva Jersey, con asesoramiento del Departamento de Salud de Nueva Jersey, la Asociación Atlética Interescolar del Estado de Nueva Jersey y Karan Chauhan, alumna de la Escuela Secundaria Parsippany Hills que actúa como representante estudiantil en la Junta Estatal de Educación. Actualizado Jan. 30, 2018.

En la página web del Departamento de Educación de Nueva Jersey, está disponible una versión en línea de esta ficha informativa sobre [Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use \(Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas\)](#)

[El Departamento de Educación de Nueva Jersey elaboró, en enero de 2018, esta plantilla del Formulario de confirmación para los alumnos atletas con el objetivo de ayudar a las escuelas a adherirse a la ley estatal que requiere que los alumnos atletas (y sus padres o tutores si el alumno es menor de edad) confirmen que recibieron una Ficha informativa sobre opioides de la escuela. Los distritos escolares, las escuelas privadas aprobadas para alumnos con discapacidades y las escuelas no públicas que participan en un programa interescolar de deportes o de porristas deben insertar aquí el membrete del distrito o de la escuela.]

Ficha informativa sobre el consumo y el abuso de medicamentos opioides

Firma del alumno atleta y del padre, madre o tutor

En conformidad con el Título 18A, Artículos 40-41.10 de las Leyes comentadas de Nueva Jersey (New Jersey Statutes Annotated, *N.J.S.A.*), los distritos escolares públicos, las escuelas privadas aprobadas para alumnos con discapacidades y las escuelas no públicas que participan en un programa deportivo interescolar deben distribuir esta [Opioid Use and Misuse Educational Fact Sheet \(Ficha informativa educativa sobre el consumo y el abuso de opioides\)](#) a todos los alumnos atletas y porristas. Además, las escuelas y los distritos deben obtener un acuse de recibo firmado de la ficha informativa de cada alumno atleta y porrista; en el caso de los alumnos menores de 18 años, también debe firmar el padre, la madre o el tutor.

El personal escolar adecuado necesita este formulario de confirmación de acuerdo con lo determinado en su distrito antes de la primera sesión de práctica oficial de la temporada atlética de la primavera de 2018 (2 de marzo de 2018, según lo determina la Asociación Atlética Interescolar del Estado de Nueva Jersey) y, a partir de entonces, de forma anual, antes de la primera práctica oficial del año escolar del alumno atleta o porrista.

Nombre de la escuela: _____

Nombre del distrito escolar (si corresponde): _____

Reconozco (reconocemos) que he (hemos) recibido y revisado la Ficha informativa educativa sobre el consumo y el abuso de medicamentos opioides.

Firma del (de la) alumno(a): _____

Firma del padre, madre o tutor (también es necesaria si el alumno es menor de 18 años)

Fecha: _____

¹No incluye clubes deportivos ni eventos internos.



1161 Route 130 North | Robbinsville, NJ 08691
609.259.2776 | www.njsiaa.org

NJSIAA STEROID TESTING POLICY

CONSENT TO RANDOM TESTING

In Executive Order 72, issued December 20, 2005, Governor Richard Codey directed the New Jersey Department of Education to work in conjunction with the New Jersey State Interscholastic Athletic Association (NJSIAA) to develop and implement a program of random testing for steroids, of teams and individuals qualifying for championship games.

Beginning in the Fall 2006 sports season, any student-athlete who possesses, distributes, ingests or otherwise uses any of the banned substances on the attached page, without written prescription by a fully-licensed physician, as recognized by the American Medical Association, to treat a medical condition, violates the NJSIAA's sportsmanship rule, and is subject to NJSIAA penalties, including ineligibility from competition.

Athlete may submit supplement and medication to Drug Free Sport AXIS™ to receive information regarding banned substances or safety issue. Athlete or parents may login to the NJSIAA account at axis.drugfreesport.com using the password **njsports**.

The NJSIAA will test certain randomly selected individuals and teams that qualify for a state championship tournament or state championship competition for banned substances. The results of all tests shall be considered confidential and shall only be disclosed to the student, his or her parents and his or her school. No student may participate in NJSIAA competition unless the student and the student's parent/guardian consent to random testing.

By signing below, we consent to random testing in accordance with the NJSIAA steroid testing policy. We understand that, if the student or the student's team qualifies for a state championship tournament or state championship competition, the student may be subject to testing for banned substances.

Signature of Student-Athlete

Print Student-Athlete's Name

Date

Signature of Parent/Guardian

Print Parent/Guardian's Name

Date



DEPORTES ATLÉTICOS SIGN-OFF

Por favor, completar y devolver a la Oficina Médica

Escuela anterior del estudiante _____

Nombre del estudiante _____ Grado _____ DOB _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CP _____

Número de teléfono _____

(1) Nombre del padre/tutor _____ (Relación) _____

Phone # _____

(2) Nombre del padre/tutor _____ (Relación) _____

Phone # _____

Indique la dirección de Email donde puede recibir las notificaciones: _____

Círcule los deportes que puedan interesar a su hijo/a:

Fútbol femenino / Fútbol masculino / Cross Country / Vóleibol femenino / Porristas

Dar la parte inferior a la **enfermera de la escuela de 8º grado**

Please ask that your child's 8th grade school nurse send the student's original health record to the High School nurses @:

<p>Essex County Schools of Technology Newark Tech Campus 91 W. Market St. Newark, NJ 07107 973-412-2275 ATTENTION: Medical Office</p>	<p>Essex County Schools of Technology Donald M. Payne, Sr. Campus 498-544 W. Market St. Newark, NJ 07107 973-412-2214 / 973-412-2254 ATTENTION: Medical Office</p>	<p>Essex County Schools of Technology West Caldwell Tech Campus 620 Passaic Ave West Caldwell, NJ 07006 973-412-2234 ATTENTION: Medical Office</p>
---	--	--

Dear School Nurse:

_____ [Student's name (please print)] will be attending _____ **Campus** for the 20__ /20__ school year. At the end of the current school year. Please send the original A45/immunization/medical record to the above address.

Parent's Signature _____ Date _____