



# PARTICIPAÇÃO ANUAL DE ESPORTES E ATIVIDADES SELECIONADAS

(inclui todos os esportes, JROTC, equipes de competição de dança, banda marcial e guarda)

## INFORMAÇÕES DO(A) ALUNO(A)

Data: \_\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Nº de ID do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Nome da escola OCPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

## **AVISO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS**

O Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida ("SBOC") oferece vários esportes e outras atividades físicas para alunos matriculados e se esforça para que cada escola de Ensino Fundamental II e de Ensino Médio seja um membro ativo da Associação Esportiva de Ensino Médio da Flórida para que os alunos-atletas participem das competições esportivas sancionadas. Ao assinar este acordo, o(a) pai/mãe/responsável legal entende e concorda que existem riscos inerentes associados à participação do(a) aluno(a)-atleta em esportes e atividades selecionadas: incluindo, entre outros, condicionamento de pré-temporada, treinos programados, amistosos, jogos, competições, e campeonatos regionais e estaduais, e desde já concede permissão para que este(a) aluno(a) participe de esportes e atividades selecionadas (JROTC, Equipes de competição de dança, banda marcial e guarda) como(a) aluno(a)-atleta e/ou participante de outras atividades selecionadas.

## **AVISO DE RESPONSABILIDADE DO(A) ALUNO(A)-ATLETA OU PARTICIPANTE E PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS**

Como pai/mãe/responsável legal do(a) aluno(a)-atleta que participará de esportes e atividades selecionadas realizadas pelo programa esportivo do SBOC e outros programas, o(a) pai/mãe/responsável legal entende e concorda com as seguintes regras e responsabilidades:

### QUALIFICAÇÕES PARA PARTICIPAR

- a) O Exame físico de avaliação esportiva do(a) aluno(a)-atleta/participante é obrigatório e os resultados devem ser fornecidos ao responsável pelo Departamento de Esportes da escola (geralmente o Treinador do esporte) anualmente de acordo com as normas e diretrizes da FHSAA. Os exames físicos devem ser realizados por um(a) médico(a) credenciado(a) no Estado da Flórida sem relação familiar com o(a) aluno(a)-atleta. O Departamento de Esportes deve impedir o(a) aluno(a)-atleta/participante de participar se toda a documentação exigida não for recebida 48 horas antes do prazo final/teste.
- b) O(A) aluno(a)-atleta/participante deve fazer um eletrocardiograma ("ECG") antes de participar de qualquer condicionamento, prática ou jogo. A falta de um ECG resultará no impedimento do(a) aluno(a)-atleta/participante de participar de esportes e atividades selecionadas. O resultado deste ECG não deve mostrar nenhuma anormalidade antes que o(a) aluno(a)-atleta/participante seja autorizado(a) a participar de qualquer condicionamento, prática e jogo. Se o(a) aluno(a)-atleta/participante tiver um ECG anormal, ele/ela não poderá participar de nenhum condicionamento, prática e jogo até que um(a) cardiologista pediátrico(a) ou um(a) cardiologista libere o(a) aluno(a)-atleta/participante para plena participação. O(A) aluno(a)-atleta/participante deverá fornecer ao(a) treinador(a) esportivo(a) uma autorização por escrito de que ele/ela tem permissão para participar plenamente do condicionamento, treinos e jogos antes de ser autorizado(a) a participar após um resultado anormal de ECG. O(A) pai/mãe/responsável legal isenta o SBOC, seus funcionários e voluntários de qualquer responsabilidade, inclusive queixas de negligência, decorrentes do exame de ECG e/ou qualquer lesão e/ou morte decorrente da participação em qualquer condicionamento, prática e jogos após a realização do exame de ECG. O(A) pai/mãe/responsável legal isenta o SBOC, seus funcionários e voluntários de qualquer responsabilidade, inclusive queixas de negligência, por qualquer lesão e/ou morte decorrente da participação em condicionamento, treinos ou jogos depois que um(a) aluno(a)-atleta/participante for totalmente liberado(a) para participar por um(a) cardiologista pediátrico(a) ou um(a) cardiologista após um ECG anormal. Um(a) aluno(a) apenas será obrigado(a) a ter um ECG durante seus quatro anos de participação enquanto estiver matriculado na OCPS.
- c) A presença em todos os treinos e jogos, incluindo chegada pontual e preparada, é um compromisso do(a) pai/mãe/responsável legal e aluno(a)-atleta com sua equipe, escola e esporte. O(A) aluno(a)-atleta/participante e o(a) pai/mãe/responsável legal concordam em seguir as diretrizes da escola em relação à participação do(a) aluno(a)-atleta nas atividades esportivas.
- d) A chegada e saída das atividades esportivas é de responsabilidade do(a) pai/mãe/responsável legal, a menos que haja transporte específico designado pelo SBOC. O(A) pai/mãe/responsável legal isenta o SBOC, seus funcionários e voluntários de qualquer responsabilidade decorrente da liberação do(a) aluno(a)-atleta/participante dos esportes e atividades selecionadas para retorno ao domicílio, independentemente do meio, a pé, de bicicleta, veículo motorizado



## **PARTICIPAÇÃO ANUAL DE ESPORTES E ATIVIDADES SELECIONADAS**

**(inclui todos os esportes, JROTC, equipes de competição de dança, banda marcial e guarda)**

ou outros meios sozinho(a), com um(a) amigo(a), parente ou outras pessoas a critério do(a) aluno(a)-atleta/participante.

- e) A elegibilidade do(a) aluno(a)-atleta/participante para participar de atividades esportivas e outras atividades selecionadas deve ser determinada pela administração da escola, de acordo com o Código de Conduta dos Alunos do SBOC, incluindo, mas não limitado a, manter notas satisfatórias, comportamento adequado, e cumprimento das regras da equipe.
- f) Relate imediatamente ao(a) Treinador(a) de esporte do SBOC ou ao Diretor de esportes toda e qualquer lesão, mudança nas condições médicas e/ou tratamentos médicos que ocorreram como resultado da participação do(a) aluno(a)-atleta em atividades esportivas ou que possam afetar sua capacidade de continuar participando de esportes e atividades selecionadas. Mediante solicitação, o(a) aluno(a)-atleta/participante procurará tratamento médico e fornecerá ao SBOC os registros médicos sobre a elegibilidade para participar de esportes e atividades selecionadas. A participação em qualquer atividade esportiva ou atividade selecionada pode ser impedida pelo SBOC a qualquer momento considerado apropriado e o(a) aluno(a)-atleta/participante não poderá retomar o esporte ou atividades selecionadas sem uma declaração médica ou registros médicos satisfatórios.
- g) Se qualquer documento esportivo, formulário de exame físico ou assinatura em um documento for falsificado ou excluído intencionalmente, o(a) aluno(a)-atleta/participante será imediatamente suspenso(a) da equipe/grupo esportivo e considerado(a) inelegível para todos os esportes ou atividades selecionadas. O status de inelegibilidade e a suspensão do esporte serão válidos por um ano civil a partir da data de divulgação.
- h) A avaliação física anual deve ser feita por um(a) médico(a) credenciado(a), um(a) médico(a) osteopata credenciado(a), um(a) médico(a) quiroprático(a) credenciado(a), um(a) médico(a) assistente credenciado(a) ou um(a) enfermeiro(a) certificado(a) e credenciado(a). Os resultados do ECG devem ser interpretados por um(a) cardiologista pediátrico(a) ou um(a) cardiologista.

### **RECONHECIMENTO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS**

Ao assinar este documento abaixo, reconheço e afirmo todas as declarações acima. Também assumo voluntariamente todos os riscos de que eu e/ou o(a) aluno(a)-atleta especificado(a) seja(m) exposto(a)/s ou infectado(a)/s por COVID-19 como resultado da participação nas atividades extracurriculares e que tal exposição ou infecção resulte em lesões corporais, doenças, enfermidades e/ou morte. Entendo que o risco de exposição ou infecção pode resultar de ações, omissões ou negligência minha, do(a)/s meu(s) filho(s)/minha(s) filha(s), funcionários do SBOC, voluntários ou agentes, outros participantes das atividades ou outros não listados, e reconheço que conheço estes riscos.

Em consideração minha e do(a) aluno(a)-atleta designado(a) para participar das atividades extracurriculares, eu, bem como qualquer pessoa autorizada a agir em meu nome, renuncio, libero e isento o Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida, e seus funcionários e agentes de toda e qualquer queixa (incluindo negligência), processos, responsabilidade, ações, julgamentos, honorários advocatícios, custos e quaisquer despesas de qualquer tipo resultantes de ferimentos ou danos, fundamentados em atos ilícitos ou de outra forma, que eu e/ou o(a) aluno(a)-atleta especificado(a), ou meus ou nossos representantes, sofra(m) durante ou decorrente da participação ou envolvimento do(a) aluno(a)-atleta nas atividades.

Reconheço e certifico que li este documento na íntegra; revisei e expliquei os termos para o(a)aluno(a)-atleta designado(a); entendo e concordo em cumprir os termos em meu nome e no nome dele/dela.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula)

\_\_\_\_\_  
Data



## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 2 de 6)

Este formulário de histórico médico deve ser guardado pelo provedor de assistência médica e/ou pelos pais.

Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.

**EL2**

Revisado em 23/03

### FORMULÁRIO DE HISTÓRICO MÉDICO

**Informações do(a) aluno(a)** (a ser preenchido pelo(a) aluno(a) e pelo(a) pai/mãe) *escreva de forma legível*

Nome completo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Sexo ao nascer: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série na escola: \_\_\_\_ Esporte(s): \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Nome do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Contato de emergência: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Celular do contato de emergência: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Outro telefone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Provedor de assistência médica da família: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_ Telefone durante o horário comercial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Liste as condições médicas prévias e atuais:

Você já fez cirurgia? Se sim, liste todos os procedimentos cirúrgicos e datas:

Medicamentos e suplementos (liste todos os medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre e suplementos (à base de plantas e nutricionais):

Você tem alguma alergia? Se sim, liste todas as suas alergias (ou seja, medicamentos, pólen, alimentos, insetos):

#### Questionário de saúde do(a) paciente - versão 4 (PHQ-4)

Nas últimas duas semanas, com que frequência você teve algum dos seguintes problemas? (circule a resposta)

	Nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou no limite	0	1	2	3
Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
Falta de interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Sentir-se desmotivado(a) deprimido(a) ou sem esperança	0	1	2	3

PERGUNTAS GERAIS		Sim	Não	PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE CARDÍACA (continuação)		Sim	Não
Explique as respostas de "Sim" no final deste formulário. Circule as perguntas se não souber a resposta.							
1	Você tem alguma preocupação que gostaria de discutir com seu provedor?			8	Algum médico(a) já solicitou um exame cardíaco? Por exemplo, eletrocardiografia (ECG) ou ecocardiograma (ECO)?		
2	Algum provedor já impediu ou restringiu sua participação em esportes por algum motivo?			9	Você tem tontura ou sente mais falta de ar do que seus amigos durante o exercício?		
3	Você tem algum problema médico contínuo ou doenças recentes?			10	Você já teve uma convulsão?		
PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE CARDÍACA		Sim	Não	PERGUNTAS SOBRE A SAÚDE CARDÍACA DA SUA FAMÍLIA		Sim	Não
4	Você já desmaiou ou quase desmaiou durante ou após exercícios?			11	Algum familiar ou parente faleceu de problemas cardíacos ou teve uma morte súbita inesperada ou inexplicável antes dos 35 anos? (incluindo afogamento ou acidente de carro inexplicável)		
5	Você já sentiu desconforto, dor, aperto ou pressão no peito durante os exercícios?			12	Alguém na sua família tem um problema cardíaco genético, como Cardiomiopatia hipertrófica (CMH), Síndrome de Marfan, Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (ARVC), Síndrome do QT longo (LQTS), síndrome do QT curto (SQTS), Síndrome de Brugada ou Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
6	Seu coração já disparou, palpitou ou pulou batimentos (batida irregular) durante os exercícios?						



## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 2 de 6)

*Este formulário de histórico médico deve ser guardado pelo provedor de assistência médica e/ou pelos pais.*

*Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.*

**EL2**

Revisado em 23/03

7	Algum médico (a) já lhe disse que você tem algum problema cardíaco?			13	Alguém na sua família usou um marca-passo ou um implante de desfibrilador antes dos 35 anos?		
---	---	--	--	----	--	--	--

**Este formulário não será considerado válido a menos que todas as seções sejam preenchidas.**



# PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 3 de 6)

Este formulário de histórico médico deve ser guardado pelo provedor de assistência médica e/ou pelos pais.

Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.

**EL2**

Revisado em 23/03

Nome completo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

PERGUNTAS SOBRE OSSOS E ARTICULAÇÕES		Sim	Não	PERGUNTAS MÉDICAS (continuação)		Sim	Não
14	Você já teve uma fratura por estresse?			26	Você se preocupa com seu peso?		
15	Você já fraturou um osso, músculo, ligamento, articulação ou tendão que fez com que você perdesse um treino ou jogo?			27	Você está tentando ou alguém recomendou que você ganhe ou perca peso?		
16	Você tem uma lesão óssea, muscular, ligamentar ou articular que atualmente o(a) incomoda?			28	Você mantém uma dieta especial ou evita certos tipos de alimentos ou grupos de alimentos?		
PERGUNTAS MÉDICAS		Sim	Não	29	Você já teve algum distúrbio alimentar?		
17	Você tosse, chia ou tem dificuldade para respirar durante ou após os exercícios ou já foi diagnosticado(a) com asma?			Explique as respostas de "Sim" aqui: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	Você já perdeu um rim, olho, baço ou qualquer outro órgão?						
19	Você tem alguma dor na virilha, testículo, uma protuberância dolorosa ou hérnia na região da virilha?						
20	Você tem erupções cutâneas recorrentes ou irritações na pele que aparecem e desaparecem, incluindo herpes ou Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA)?						
21	Você já teve uma contusão ou traumatismo craniano que causou confusão, dor de cabeça prolongada ou problemas de memória?						
22	Você já teve dormência, formigamento, fraqueza nos braços ou pernas, ou foi incapaz de mover seus braços ou pernas após ser atingido(a) ou cair?						
23	Você já ficou doente enquanto se exercitava no calor?						
24	Você ou alguém da sua família tem traço de célula falciforme ou anemia falciforme?						
25	Você já teve ou tem algum problema nos olhos ou visão?						

**Este formulário não será considerado válido a menos que todas as seções sejam preenchidas.**

A participação em esportes no Ensino Médio não é isenta de riscos. O(A) aluno(a)-atleta e o(a) pai/mãe/responsável legal reconhecem que as respostas verdadeiras às perguntas acima permitem que um(a) médico(a) credenciado(a) avalie o(a) aluno(a)-atleta individualmente em relação aos fatores de risco associados a lesões e morte relacionados ao esporte. O Estatuto 1006.20 da Flórida exige que um(a) candidato(a) a uma equipe esportiva interescolar conclua com sucesso uma avaliação física de pré-participação como o primeiro passo para a prevenção de lesões. Esta avaliação física de pré-participação deve ser realizada a cada ano antes de poder participar de uma competição esportiva interescolar ou de participar de qualquer prática, teste, treino, condicionamento ou outra atividade física, incluindo atividades que ocorram fora do ano letivo.

Declaramos, de acordo com nosso conhecimento, que nossas respostas às perguntas acima estão completas e corretas. Além da avaliação física de rotina exigida pelo Estatuto 1006.20 da Flórida e pelo Estatuto 9.7 da FHSAA, entendemos e reconhecemos que fomos informados de que o(a) aluno(a) deve passar por uma avaliação cardiovascular, que pode incluir exames de diagnóstico como eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECO) e/ou teste ergométrico. O Comitê Consultivo de Medicina Esportiva da FHSAA recomenda altamente uma avaliação médica com seu/sua médico(a) para fatores de risco de parada cardíaca súbita, que podem incluir os testes especiais listados acima.

Nome do(a) aluno(a)-atleta: \_\_\_\_\_ (impresso) Assinatura do(a) aluno(a)-atleta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_ (letra maiúscula) Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_ (letra maiúscula) Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 4 de 6)

Este formulário de histórico médico deve ser guardado pelo provedor de assistência médica e/ou pelos pais.

Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.

**EL2**

Revisado em 23/03

### FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO

Nome completo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

#### LEMBRETES PARA MÉDICOS:

Considere perguntas adicionais sobre questões mais delicadas.

• Você se sente estressado(a) ou muito pressionado(a)?	• Você já se sentiu triste, sem esperança, deprimido(a) ou ansioso(a)?
• Você se sente seguro(a) em sua casa ou residência?	• Durante os últimos 30 dias, você usou tabaco de mascar, de imersão ou rapé?
• Você consome bebidas alcoólicas ou faz uso de alguma droga?	• Você já tomou esteroides anabolizantes ou usou qualquer outro suplemento para melhorar o desempenho?
• Você já tomou algum suplemento para ajudá-lo(la) a ganhar ou perder peso ou melhorar seu desempenho?	

Verifique o preenchimento do Histórico médico EL2 da FHSAA (páginas 1 e 2), revise essas respostas como parte de sua avaliação. As perguntas sobre histórico/sintomas cardiovasculares incluem as de 4 a 13 do formulário de histórico médico. (marque a caixa se concluído)

EXAME		
<b>Altura:</b>	<b>Peso:</b>	
<b>Pressão arterial:</b> / ( / )	<b>Pulsação:</b> LE20/	<b>Corrigida:</b> Sim Não
<b>Visão:</b> D 20/		
MÉDICO - o profissional de saúde deve rubricar cada avaliação	NORMAL	RESULTADOS ANORMAIS
Sinal • Estigmas de Marfan (cifoesciose, palato ogival, pectus excavatum, aracnodáctilo, hiper mobilidade articular, miopia, prolapso da válvula mitral [MVP] e insuficiência aórtica)		
Olhos, ouvidos, nariz e garganta • Pupilas iguais • Audição		
Linfonodos		
Coração • Sopros (auscultação em pé, ausculta supina e manobra de Valsalva)		
Pulmões		
Abdômen		
Pele • Infecções por vírus do herpes simples (HSV), lesões sugestivas de Staphylococcus Aureus resistente à metilina (MRSA) ou tinea corporal		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - o profissional de saúde deve rubricar cada avaliação	NORMAL	RESULTADOS ANORMAIS
PESCOÇO		
COSTAS		
OMBRO e braço		
COTOVELO e antebraço		
PUNHO, mão e dedos		
QUADRIL e coxa		
JOELHO		
PERNA e tornozelo		
PÉ e dedos		
Funcional • Teste de agachamento de duas pernas, teste de agachamento de uma perna e teste de queda de caixa ou teste de degrau		

**Este formulário não será considerado válido a menos que todas as seções sejam preenchidas.**

\*Considere os resultados dos exames de eletrocardiografia (ECG), ecocardiograma (ECO), encaminhamento a um(a) cardiologista em caso de histórico cardíaco anormal ou descobertas de exames, ou uma combinação destes. O Comitê Consultivo de Medicina Esportiva da FHSAA recomenda altamente a um(a) aluno(a)-atleta (pais), uma avaliação médica com o provedor de assistência médica para fatores de risco de parada cardíaca súbita, que pode incluir um eletrocardiograma.

Modificado de © 2019 Academia Norte-americana de Médicos de Famílias, Academia Norte-americana de Pediatria, Faculdade Norte-americana de Medicina Esportiva, Sociedade Médica Norte-americana de Medicina Esportiva, Sociedade Ortopédica Norte-americana de Medicina Esportiva e Academia Osteopática Norte-americana de Medicina Esportiva. Permissão concedida para reimpressão para fins educacionais, não comerciais com reconhecimento.



## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 5 de 6)

*Este formulário de histórico médico deve ser guardado pelo provedor de assistência médica e/ou pelos pais.*

*Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.*

**EL2**

Revisado em 23/03

Nome do profissional de saúde (escreva ou digite): \_\_\_\_\_ Data do exame: \_/ \_/ \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde: \_\_\_\_\_ Credenciais: \_\_\_\_\_ N° da licença: \_\_\_\_\_



## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (Página 6 de 6)

ENVIE ESTE FORMULÁRIO DE APTIDÃO FÍSICA PARA A ESCOLA

Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.

**EL2**

Revisado em 23/03

### FORMULÁRIO DE APTIDÃO

**Informações do(a) aluno(a)** (a ser preenchido pelo(a) aluno(a) e pelo(a) pai/mãe) *escreva de forma legível*

Nome completo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Sexo ao nascer: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_ Série na escola: \_\_\_\_ Esporte(s): \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Nome do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Contato de emergência: \_\_\_\_\_  
Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Celular do contato de emergência: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Telefone do trabalho: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Outro telefone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Provedor de assistência médica da família: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_ Telefone durante o horário comercial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

- Medicamente elegível para todos os esportes sem restrições
- Medicamente elegível para todos os esportes sem restrições com recomendações para avaliação ou tratamento adicional de: *(use folhas adicionais, se necessário)*

Elegível medicamente apenas para os esportes listados abaixo:

Não elegível medicamente para nenhum esporte

Recomendações: *(use folhas adicionais, se necessário)*

Certifico que examinei o(a) aluno(a)-atleta referido(a) acima por meio da Avaliação física de pré-participação EL2 da FHSAA e forneci a(s) conclusão(ões) listada(s) acima. Uma cópia do exame foi mantida e pode ser acessada pelos pais, conforme solicitado. Qualquer lesão ou outras condições médicas que surjam após a data desta autorização médica devem ser devidamente avaliadas, diagnosticadas e tratadas por um profissional de saúde adequado antes do retorno às atividades.

Nome do profissional de saúde (escreva ou digite): \_\_\_\_\_ Data: \_ / \_ / \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Credenciais: \_\_\_\_\_ N° da licença: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA COMPARTILHADAS - preenchidas no momento da avaliação pelo profissional e pelos pais

- Marque esta caixa se não houver histórico médico relevante para compartilhar relacionado a participação em esportes competitivos.

Carimbo do provedor *(se exigido pela escola)*

Medicações: *(use folhas adicionais, se necessário)*

Lista: \_\_\_\_\_

Histórico médico relevante a ser revisado pelo(a) treinador(a) esportivo(a)/equipe médica: *(explique abaixo, use folhas adicionais, se necessário)*

- Alergias  Asma  Cardíaco/coração  Contusão  Diabetes  Doença de calo  Ortopédico  Histórico de cirurgias  Traço falciforme  Outro,

explique: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Declaramos, de acordo com nosso conhecimento, que as informações registradas neste formulário estão completas e corretas. Nós entendemos e reconhecemos que fomos informados de que o(a) aluno(a) deve passar por uma avaliação cardiovascular, que pode incluir exames de diagnóstico como eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECO) e/ou teste ergométrico.

**Este formulário não será considerado válido a menos que todas as seções sejam preenchidas.**





## PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA (página adicional)

ENVIE ESTE FORMULÁRIO DE APTIDÃO FÍSICA PARA A ESCOLA

Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data de assinatura abaixo.

EL2

Revisado em 23/03

*Este formulário apenas é usado, ou solicitado, se um(a) aluno(a)-atleta tiver sido encaminhado(a) para avaliação adicional, antes da liberação médica total.*

### FORMULÁRIO DE APTIDÃO FÍSICA - Formulário do provedor encaminhado

**Informações do(a) aluno(a)** (a ser preenchido pelo(a) aluno(a) e pelo(a) pai/mãe) *escreva de forma legível*

Nome completo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Sexo ao nascer: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série na escola: \_\_\_\_ Esporte(s): \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nome do(a) pai/mãe/responsável legal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Contato de emergência: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Celular do contato de emergência: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Outro telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Provedor de assistência médica da família: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_ Telefone durante o horário comercial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Encaminhado para: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

*Certifico que a avaliação para a qual este(a) aluno(a)-atleta foi encaminhado(a) foi realizada por mim ou por um(a) médico(a) sob minha supervisão direta, e as conclusões foram documentadas abaixo:*

- Medicamente elegível para todos os esportes sem restrições a partir da data de assinatura abaixo
- Medicamente elegível para todos os esportes sem restrições após a conclusão do seguinte plano de tratamento: *(use folhas adicionais, se necessário)*

Elegível medicamente apenas para os esportes listados abaixo:

Não elegível medicamente para nenhum esporte

Recomendações adicionais: *(use folhas adicionais, se necessário)*

Nome do profissional de saúde (escreva ou digite): \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Credenciais: \_\_\_\_\_ N° da licença: \_\_\_\_\_

Carimbo do provedor *(se exigido pela escola)*



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Escola: \_\_\_\_\_ Distrito escolar (se aplicável): \_\_\_\_\_

### Parte 1: Reconhecimento e liberação do(a) aluno(a) (a ser assinado pelo(a) aluno(a) na parte inferior)

Li as Normas de elegibilidade da FHSAA (resumidas) contidas na página 5 deste "Certificado de consentimento e isenção de responsabilidade" e não sei de nenhum motivo para não ser elegível para representar minha escola em competições esportivas interescolares. Se aceito por um(a) representante, concordo em seguir as normas da minha escola e da FHSAA e cumprir suas decisões. Estou ciente de que a participação nos esportes é um privilégio. Sei dos riscos da participação em esportes, entendo que lesões graves, incluindo potenciais contusões, e até mesmo a morte, são possíveis nesta participação e aceito estes riscos. Aceito voluntariamente toda e qualquer responsabilidade pela minha própria segurança e bem-estar ao participar dos esportes com plena compreensão dos riscos envolvidos. Se tiver 18 anos de idade ou mais, ou se eu for emancipado(a) de meus pais/responsáveis legais, por meio do presente documento, libero e isento de responsabilidade minha escola, as escolas contra as quais competir, o distrito escolar, os funcionários das competições, e a FHSAA, isento de toda e qualquer responsabilidade por qualquer lesão ou reivindicação resultante desta participação esportiva e concordo em não tomar nenhuma ação legal contra a FHSAA devido a qualquer acidente ou incidente envolvendo minha participação nos esportes. Por meio deste, autorizo o uso ou a divulgação de minhas informações de saúde individualmente identificáveis, caso seja necessário para tratamento de doenças ou lesões. Por meio deste, concedo à FHSAA o direito de revisar todos os registros relevantes para minha elegibilidade esportiva, incluindo, mas não limitado a, meus registros relacionados a matrícula e frequência, situação acadêmica, idade, disciplina, finanças, residência e aptidão física. Eu, por meio deste, concedo às partes consentidas o direito de me fotografar e/ou gravar em vídeo e ainda usar meu nome, rosto, imagem, voz e aparência em exposições, publicidade, materiais promocionais e comerciais sem reservas ou limitações. As partes consentidas, no entanto, não têm obrigação de exercer os referidos direitos aqui. Entendo que as autorizações e direitos aqui concedidos são voluntários e que posso revogar qualquer um ou todos eles a qualquer momento, ao enviar uma revogação por escrito à minha escola. Ao fazê-lo, no entanto, compreendo que não poderei mais participar das competições esportivas interescolares.

### Parte 2: Consentimento, reconhecimento e liberação dos pais/responsáveis legais (a ser preenchido e assinado pelos pais/responsáveis legais na parte inferior; em caso de divórcio ou separação, o(a) pai/mãe/responsável com custódia legal deve assinar.)

A. Por meio deste, concedo consentimento para que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela participe de qualquer esporte reconhecido ou sancionado pela FHSAA, EXCETO o(s) seguinte(s) esporte(s):

#### Liste as exceções de esporte(s) aqui

B. Entendo que a participação pode exigir uma saída antecipada das aulas.

C. Sei e reconheço que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela está ciente dos riscos envolvidos na participação esportiva interescolar, entendo que lesões graves e até mesmo a morte são possíveis em tal participação, e decido aceitar toda e qualquer responsabilidade por sua segurança e bem-estar ao participar dos esportes. Com plena compreensão dos riscos envolvidos, libero e isento de responsabilidade a escola de meu filho/minha filha/menor sob minha tutela, as escolas contra as quais competir, o distrito escolar, os funcionários das competições, e a FHSAA, isento de toda e qualquer responsabilidade por qualquer lesão ou reivindicação resultante desta participação esportiva e concordo em não tomar nenhuma ação legal contra a FHSAA devido a qualquer acidente ou incidente envolvendo a participação esportiva de meu filho/minha filha/menor sob minha tutela. Conforme exigido em F.S. 1014.06(1), autorizo especificamente que os serviços de saúde sejam prestados a(o) meu filho/minha filha/menor sob minha tutela por um profissional de saúde, conforme definido em F.S. 456.001, ou alguém sob a supervisão direta de um profissional de saúde, caso haja a necessidade de tal tratamento, enquanto meu filho/minha filha/menor sob minha tutela estiver sob a supervisão da escola. Eu também autorizo o uso da divulgação das informações de saúde individualmente identificáveis do meu filho/da minha filha/menor sob minha tutela, caso o tratamento para doença ou lesão seja necessário. Concordo com a divulgação à FHSAA, mediante solicitação, de todos os registros relevantes para a elegibilidade esportiva de meu filho/minha filha/menor sob minha tutela, incluindo, mas não limitado a, registros relacionados a matrícula e frequência, situação acadêmica, idade, disciplina, finanças, residência e aptidão física. Concedo às partes isentas o direito de fotografar e/ou filmar meu filho/minha filha/menor sob minha tutela, e ainda usar o nome, rosto, imagem, voz e aparência dele/dela em exposições, publicidade, materiais promocionais e comerciais sem reserva ou limitação. As partes consentidas, no entanto, não têm obrigação de exercer os referidos direitos aqui.

D. Estou ciente do perigo potencial de contusões e/ou lesões na cabeça e pescoço nas competições esportivas interescolares. Também estou ciente do risco de continuar a participar, com a lesão sofrida sem autorização médica adequada.

**LEIA ESTE FORMULÁRIO COMPLETAMENTE E ATENTAMENTE. VOCÊ CONCORDA EM DEIXAR SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA PARTICIPAR DE UMA ATIVIDADE POTENCIALMENTE PERIGOSA.**

**VOCÊ ESTÁ CONCORDANDO QUE, MESMO QUE A ESCOLA DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA, ESCOLAS CONTRA AS QUAIS COMPETIR, DISTRITO ESCOLAR, FUNCIONÁRIOS DAS COMPETIÇÕES E FHSAA TOMEM MEDIDAS RAZOÁVEIS AO FORNECER ESTA ATIVIDADE, HÁ UMA CHANCE DE QUE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA SEJA GRAVEMENTE FERIDO(A) OU FALEÇA POR PARTICIPAR DESTA ATIVIDADE PORQUE HÁ CERTOS PERIGOS INERENTES À ELA QUE NÃO PODEM SER EVITADOS OU ELIMINADOS. AO ASSINAR ESTE FORMULÁRIO, VOCÊ RENUNCIA AO DIREITO DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA E AO SEU DIREITO DE RECUPERAÇÃO CONTRA A ESCOLA DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA, ESCOLAS CONTRA AS QUAIS COMPETIR, DISTRITO ESCOLAR, FUNCIONÁRIOS DAS COMPETIÇÕES E FHSAA EM UM PROCESSO JUDICIAL POR QUALQUER DANO PESSOAL, INCLUINDO MORTE DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA OU QUALQUER DANO À PROPRIEDADE DECORRIDO DOS RISCOS QUE FAZEM PARTE NATURAL DA ATIVIDADE. VOCÊ TEM O DIREITO DE SE RECUSAR A ASSINAR ESTE FORMULÁRIO, E A ESCOLA DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA, AS ESCOLAS CONTRA AS QUAIS COMPETIR, O DISTRITO ESCOLAR, OS FUNCIONÁRIOS DAS COMPETIÇÕES E A FHSAA TÊM O DIREITO DE IMPEDIR A PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO/SUA FILHA/MENOR SOB SUA TUTELA SE NÃO ASSINAR ESTE FORMULÁRIO.**

E. Concordo que, no caso de eu/nós entrarmos em um litígio buscando uma liminar ou outra ação judicial que afete meu filho/minha filha/menor sob minha tutela (individualmente) ou a participação da equipe de meu filho/minha filha/menor sob minha tutela em competições da série estadual da FHSAA, tal ação deve ser instaurada no Condado de Alachua, Flórida, Tribunal geral.

F. Entendo que as autorizações e direitos aqui concedidos são voluntários e que posso revogar qualquer um ou todos eles a qualquer momento, ao enviar uma revogação por escrito à escola do(a) meu filho/minha filha/menor sob minha tutela. Ao fazê-lo, no entanto, compreendo que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela não poderá mais participar das competições esportivas interescolares.

G. Marque a(s) caixa(s) apropriada(s):

Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela está coberto(a) por nosso seguro-saúde familiar, que tem limites não inferiores a \$25.000.

Seguradora: \_\_\_\_\_ Número da apólice: \_\_\_\_\_

Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela está coberto(a) pelo seguro-saúde básico de atividades da escola.

Adquiri um seguro complementar para futebol na escola de meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.

**LI ATENTAMENTE E SEI QUE CONTÉM UMA LIBERAÇÃO (é necessária a assinatura de um dos pais/responsáveis legais)**

Nome do(a) aluno(a) (letra maiúscula)

Assinatura do(a) aluno(a)

Data



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (*letra maiúscula*)

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

Data

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (*letra maiúscula*)

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

Data

**LI ATENTAMENTE E SEI QUE CONTÉM UMA LIBERAÇÃO** (*é necessária a assinatura do(a) aluno(a)*)

Nome do(a) aluno(a) (*letra maiúscula*)

Assinatura do(a) aluno(a)

Data



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Escola: \_\_\_\_\_ Distrito escolar (se aplicável): \_\_\_\_\_

### **Informações de contusões**

A contusão é uma lesão cerebral. Contusões, assim como todos os outros ferimentos na cabeça, são graves. Elas podem ser causadas por uma colisão, torção da cabeça, desaceleração ou aceleração repentina,

um golpe na cabeça ou um golpe em outra parte do corpo com força transmitida à cabeça. Não é possível ver uma contusão, e mais de 90% de todas as contusões ocorrem sem a perda de consciência. Sinais e sintomas de contusão podem aparecer logo após a lesão ou podem levar horas ou dias para aparecer completamente. Todas as contusões são potencialmente graves e, se não forem tratadas adequadamente, podem resultar em complicações, incluindo danos cerebrais e, em casos raros, até a morte. Mesmo um “toque” ou uma pancada na cabeça pode ser grave. Se seu filho/sua filha/menor sob sua tutela relatar qualquer sintoma de contusão, ou se você os perceber, ele/ela deverá ser retirado(a) imediatamente do jogo, avaliado(a) por um(a) profissional médico(a) e liberado(a) por um(a) médico(a).

### **Sinais e sintomas de uma contusão:**

Os sintomas de contusão podem aparecer imediatamente após a lesão ou podem levar vários dias para aparecer. Estudos demonstraram que leva 10 a 14 dias ou mais para que os sintomas desapareçam e, em casos raros ou se o(a) atleta tiver sofrido várias contusões, os sintomas podem ser prolongados. Os sinais e sintomas de contusão podem incluir: (não abrangente)

- Olhar vago ou ver estrelas
- Falta de consciência do ambiente
- Emoções fora de proporção de acordo com as circunstâncias (choro inapropriado ou raiva)
- Dor de cabeça ou dor de cabeça persistente, náuseas, vômito
- Visão alterada
- Sensibilidade à luz ou ruído
- Respostas verbais e motoras atrasadas
- Desorientação, fala arrastada ou incoerente
- Tonturas, incluindo atordoamento, vertigem (girar) ou perda de equilíbrio (sensação de desequilíbrio ou de natação)
- Diminuição da coordenação, tempo de reação
- Confusão e incapacidade de concentração
- Perda de memória
- Mudança repentina no desempenho acadêmico ou queda nas notas
- Irritabilidade, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, fígabilidade
- Em casos raros, perda de consciência

### **PERIGOS se seu filho/sua filha/menor sob sua tutela continuar a jogar com uma contusão ou voltar antes de se recuperar:**

Atletas com sinais e sintomas de contusão devem ser afastados da atividade (jogo ou treino) imediatamente. Continuar a jogar com os sinais e sintomas de uma contusão deixa o(a) jovem atleta especialmente vulnerável a sofrer outra contusão. Atletas que sofrerem uma segunda contusão antes que os sintomas da primeira contusão sejam eliminados e o cérebro tenha a chance de se curar correm o risco de sintomas prolongados de contusão, incapacidade permanente e até morte (a chamada “Síndrome do segundo impacto”, quando o cérebro incha incontrolavelmente). Também há evidências de que contusões múltiplas podem levar a sintomas de longo prazo, incluindo demência precoce.

### **Etapas a serem seguidas se suspeitar que seu filho/sua filha sofreu uma contusão:**

Qualquer atleta com a suspeita de ter sofrido uma contusão deve ser afastado da atividade imediatamente. Nenhum atleta pode retornar à atividade após uma lesão aparente na cabeça ou contusão, independentemente de quão leve pareça ou da rapidez com que os sintomas desapareçam, sem autorização médica por escrito de um profissional de saúde apropriado (AHCP). Na Flórida, um profissional de saúde apropriado (AHCP) é definido como um(a) médico(a) credenciado(a) (Dr.(a), conforme o Capítulo 458 dos Estatutos da Flórida) ou um(a) médico(a) osteopata credenciado(a) (DO, conforme o Capítulo 459 dos Estatutos da Flórida). A observação atenta do(a) atleta deve continuar por várias horas. Você também deve procurar atendimento médico e informar o(a) treinador(a) de seu filho/sua filha se achar que ele/ela pode ter uma contusão. Lembre-se, é melhor perder um jogo do que impactar a vida para sempre. Em caso de dúvidas, deixe-o(a) fora.

### **Voltar a jogar ou praticar:**

Após a avaliação do(a) médico(a), o processo de retorno à atividade exige que o(a) atleta esteja completamente sem sintomas, após o qual ele/ela concluirá um protocolo de passo a passo sob a supervisão de um(a) treinador(a), instrutor(a) ou profissional médico credenciado e, em seguida, receberá a autorização médica por escrito de um AHCP.

Para obter informações atuais e atualizadas sobre concussões, acesse: <http://www.cdc.gov/concussioninyouthsports/> ou <http://www.seeingstarsfoundation.org>

### **Declaração de responsabilidade do(a) aluno(a)-atleta:**

Os pais e o(a) aluno(a) devem estar cientes de evidências preliminares que sugerem que contusões repetidas e até golpes que não causam sintomas, podem levar a alterações cerebrais anormais que apenas podem ser vistas em uma autópsia (conhecida como Encefalopatia traumática crônica (CTE)). Houve relatos de casos que sugerem o desenvolvimento de sintomas semelhantes aos de Parkinson, Esclerose lateral amiotrófica (ALS), lesão cerebral traumática grave, depressão e problemas de memória de longo prazo que podem estar relacionados ao histórico de contusão. Mais pesquisas sobre este tópico são necessárias antes que qualquer conclusão possa ser tirada.

Reconheço o requisito anual para que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela veja “Contusão em esportes” no site: [www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com). Aceito a responsabilidade de relatar todos os ferimentos e doenças aos meus pais, equipe médica, treinador(a) esportivo(a) ou treinadores associados ao meu esporte, incluindo quaisquer sinais e sintomas de contusão. Li e entendi as informações acima sobre contusão. Informarei o(a) técnico(a) supervisor(a), o(a) treinador(a) esportivo(a) ou equipe médica imediatamente se sentir algum desses sintomas ou testemunhar um (a) colega de equipe com esses sintomas. Além disso, fui avisado(a) dos perigos da participação para mim e meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.

Nome do(a) aluno(a) (letra maiúscula)

Assinatura do(a) aluno(a)

Data



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

---

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal ( <i>letra maiúscula</i> )	Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal	Data
---	--	------

---

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal ( <i>letra maiúscula</i> )	Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal	Data
---	--	------

---

Nome do(a) aluno(a) ( <i>letra maiúscula</i> )	Assinatura do(a) aluno(a)	Data
--	---------------------------	------



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Escola: \_\_\_\_\_ Distrito escolar (se aplicável): \_\_\_\_\_

**Informações sobre parada cardíaca súbita**

A Parada cardíaca súbita (SCA) é uma das principais causas de morte relacionada ao esporte. A Parada cardíaca súbita (SCA) ocorre quando o coração para de bater repentina e inesperadamente. Quando isso acontece, o sangue para de fluir para o cérebro e outros órgãos vitais. A SCA NÃO é um infarto. Um infarto pode causar uma parada cardíaca súbita, mas não é a mesma coisa. Um infarto é causado por um bloqueio que interrompe o fluxo de sangue para o coração. A SCA é um mau funcionamento no sistema elétrico do coração, que faz com que o coração pare de bater repentinamente. A SCA pode levar a óbito se não for tratada em minutos.

**Quão comum é a parada cardíaca súbita nos Estados Unidos?**

Há cerca de 350.000 paradas cardíacas que ocorrem fora dos hospitais a cada ano. Mais de 10.000 indivíduos com menos de 25 anos morrem de SCA a cada ano. A SCA é a principal causa de óbito de alunos-atletas nos campi escolares.

**Existem sinais de alerta?**

Embora a SCA ocorra inesperadamente, algumas pessoas podem apresentar sinais ou sintomas, como, entre outros, tontura ou vertigem, desmaio, falta de ar, palpitações ou taquicardia, fadiga, fraqueza, dor/pressão ou aperto no peito. Esses sintomas podem ocorrer antes, durante ou após a atividade. Esses sintomas podem ser pouco claros e confusos em atletas. Alguns podem ignorar os sinais ou pensar que são resultados normais da exaustão física. Se as condições que causam a SCA forem diagnosticadas e tratadas antes de um incidente com risco de vida, a morte súbita cardíaca pode ser evitada em muitos atletas jovens.

**Quais são os riscos de praticar ou jogar depois de ter esses sintomas?**

Há riscos significativos associados a continuar praticando ou jogando depois de ter esses sintomas. Os sintomas podem significar que algo está errado e que o(a) atleta deve ser avaliado(a) antes de voltar a jogar. Quando o coração para devido a uma parada cardíaca, o mesmo acontece com o sangue que flui para o cérebro e outros órgãos vitais. O óbito ou danos cerebrais permanentes podem ocorrer em apenas alguns minutos. A maioria das pessoas que sofre uma SCA morre por causa disso; o índice de sobrevivência é de menos de 10%.

**O Comitê Consultivo de Medicina Esportiva da FHSAA recomenda altamente uma avaliação médica com o provedor de assistência médica para fatores de risco de parada cardíaca súbita, que pode incluir um eletrocardiograma.**

O Comitê Consultivo de Medicina Esportiva da FHSAA trabalha para ajudar a manter os alunos-atletas seguros enquanto praticam ou jogam, fornecendo educação sobre SCA e notificando os pais de que você pode solicitar, às suas custas, um eletrocardiograma (ECG) como parte da pré-participação, exame físico anual para descobrir possíveis problemas cardíacos que podem levar à SCA.

**Por que as doenças cardíacas que colocam os jovens em risco não são detectadas?**

- As publicações relatam que até 90% dos problemas cardíacos subjacentes não são detectados ao considerar apenas o histórico e o exame físico;
- A maioria das doenças cardíacas que podem levar à SCA não são detectadas pela auscultação do coração com um estetoscópio durante um exame físico de rotina; e
- frequentemente, os jovens não relatam ou reconhecem os sintomas de uma possível doença cardíaca.

**O que é um eletrocardiograma (ECG)?**

Um ECG é um teste rápido, indolor e não invasivo que mede e registra um momento da atividade elétrica do coração. Adesivos de eletrodos pequenos são colocados na pele do peito, braços e pernas por um profissional. Um ECG fornece informações sobre a estrutura, função, frequência e ritmo do coração.

**Por que solicitar um ECG como parte do exame físico de pré-participação anual?**

Adicionar um ECG ao histórico e exame físico de pré-participação anual pode sugerir testes adicionais ou ajudar a identificar problemas cardíacos que podem levar à SCA. Um ECG pode ser solicitado pelo seu provedor de assistência médica familiar para avaliação de doenças cardiovasculares ou de vários sintomas, como dor no peito, palpitações, tontura, desmaio ou histórico familiar de doenças cardíacas.

- Os exames de ECG devem ser considerados a cada 1-2 anos porque o coração dos jovens cresce e muda.
- Os exames de ECG podem aumentar a sensibilidade para detecção de doenças cardíacas não diagnosticadas, mas podem não prevenir SCA.
- Exames de ECG com descobertas anormais devem ser avaliados por médicos especialistas.
- Se o exame de ECG tiver resultados anormais, pode ser necessário fazer testes adicionais (com custo e risco associados) antes que um diagnóstico possa ser feito e isso pode impedir que o(a) aluno (a) participe de esportes por um curto período até que eles sejam concluídos, recomendações mais específicas podem ser feitas.
- O ECG pode apresentar resultados falsos positivos, sugerir uma anormalidade que realmente não existe (isso ocorre menos quando o ECG é interpretado por um médico proficiente de ECG de crianças, adolescentes e atletas jovens).
- O ECG gera menos falsos positivos do que simplesmente usar o histórico atual e o exame físico.

As diretrizes da Faculdade de Cardiologia/Associação Norte-americana do Coração não recomendam ECG em pacientes assintomáticos, mas apoiam programas locais nos quais o ECG pode ser aplicado com recursos de alta qualidade.

**Remoção do jogo/retorno ao jogo**

Qualquer aluno(a)-atleta que apresente sinais ou sintomas de SCA deve ser retirado(a) do jogo (o que inclui todas as atividades esportivas). Os sintomas podem ocorrer antes, durante ou após a atividade. Antes de retornar ao jogo, o(a) atleta deve ser avaliado(a) e liberado(a). A autorização para voltar a jogar deve ser feita por escrito. A avaliação deve ser realizada por um(a) médico(a) credenciado(a), enfermeiro(a) registrado(a) ou cardiologista. O(A) médico(a) credenciado(a) ou enfermeiro(a) registrado(a) pode consultar qualquer outro profissional médico credenciado ou certificado.

Ao assinar este contrato, reconheço a exigência anual de que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela assista ao curso "Parada cardíaca súbita" no site: [www.nghslearn.com](http://www.nghslearn.com). Eu reconheço que li e compreendi as informações sobre parada cardíaca súbita. Fui avisado(a) dos perigos da participação para mim e meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula)	Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal	Data
Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra	Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal	Data
Nome do(a) aluno(a)	Assinatura do(a) aluno(a)	Data



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

---

maiúscula)

---

Nome do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) aluno(a)

Data



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Escola: \_\_\_\_\_ Distrito escolar (se aplicável): \_\_\_\_\_

### Informações sobre doenças relacionadas ao calor

Doenças relacionadas ao calor são motivo de preocupação para alunos-atletas que participam de esportes no Ensino Médio na Flórida. Ainda mais vulneráveis são os alunos que participam de condicionamento e práticas nos meses de verão e outras épocas de calor extremo. Alunos-atletas sofrem de doenças relacionadas ao calor quando o corpo não consegue equilibrar a temperatura adequadamente por meio do suor. A transpiração é o ar-condicionado natural do corpo, mas quando a temperatura corporal de uma pessoa aumenta rapidamente, a transpiração não é suficiente. As doenças relacionadas com o calor podem ser graves e potencialmente fatais. Temperaturas corporais muito altas podem danificar o cérebro ou outros órgãos vitais e causar incapacidade e até levar a óbito. Doenças e óbitos relacionados ao calor são evitáveis.

#### Quais são algumas lesões comuns relacionadas ao calor nos esportes?

**Insolação por esforço (EHS):** A EHS é a doença mais grave relacionada ao calor. A EHS é uma emergência médica. Acontece quando a temperatura do corpo aumenta rapidamente e o corpo não consegue esfriar. Alunos-atletas podem falecer ou ficar permanentemente incapacitados por EHS se a condição não for reconhecida e gerenciada devidamente. A EHS é uma das principais causas de morte em atletas jovens, especialmente na Flórida. Os dois critérios principais para o diagnóstico de EHS são temperatura retal > 105 °F (40,5 °C) imediatamente após o colapso e disfunção do sistema nervoso central (SNC). Há muitos sinais e sintomas associados à EHS. Os pais e alunos-atletas devem se familiarizar com eles assistindo aos recursos de vídeo gratuitos fornecidos pela Federação Nacional de Esportes Escolares (NFHS) ou pela FHSAA.

- A EHS pode ser evitada tomando as devidas precauções e compreendendo os sintomas de alguém que adoeceu devido ao calor.
- É possível sobreviver a EHS quando ações rápidas são tomadas pelos membros da equipe, incluindo o reconhecimento precoce dos sintomas e imersão intensa em água fria.

**Exaustão por calor (EHI):** A exaustão pelo calor é a condição relacionada ao calor mais comum observada em populações ativas, incluindo alunos-atletas. A EHI é um tipo de doença relacionada ao calor. A EHI é definida como a incapacidade de continuar o exercício no calor porque o coração tem dificuldade em fornecer sangue oxigenado suficiente para todos os órgãos e músculos em funcionamento. Geralmente se desenvolve após vários dias de prática ou condicionamento em clima de alta temperatura e sem a ingestão de líquidos suficientes.

**Cãibras de calor:** As cãibras causadas pelo calor são dolorosas e involuntárias, geralmente nas pernas, braços ou abdômen com contração muscular. As cãibras geralmente ocorrem na fase de condicionamento da pré-temporada, quando o corpo não está devidamente condicionado e está mais sujeito à fadiga. As cãibras causadas pelo calor podem ser facilmente tratadas com repouso, alongamento do músculo e reposição de fluido e eletrólitos. O mecanismo exato das cãibras musculares em condições ambientais quentes é desconhecido, mas pode ser causado agudamente por desidratação extensa e perda de sódio ou cronicamente por eletrólitos inadequados na dieta do(a) atleta. Embora as cãibras de calor não sejam uma causa de morte súbita, elas podem ser confundidas com uma condição mais séria, a anemia por esforço.

#### O(A) meu filho/minha filha está em risco?

Sim, todos os alunos-atletas são vulneráveis a insolação por esforço e outras lesões relacionadas ao calor. Embora todo(a) aluno(a)-atleta esteja sujeito(a) à EHS, dados mais recentes relatam uma alta incidência de casos de insolação por esforço em jogadores de futebol, especialmente aqueles que jogam na posição de atacante e em corredores estreitos e de longa distância. A pesquisa também afirma que muitos casos de emergências de EHS ocorrem durante o verão ou sessões de condicionamento de pré-temporada. Outras condições que podem aumentar o risco de doenças relacionadas ao calor incluem obesidade, febre, desidratação, má circulação, queimadura solar, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas.

#### O que a FHSAA está fazendo para manter meu filho/minha filha seguro(a)?

A FHSAA publicou a Política 41, intitulada "Hipertermia severa induzida pelo esforço físico". Esta política fornece procedimentos específicos para as escolas educarem alunos-atletas e pais sobre a EHI, bem como estratégias para prevenir essas lesões. A Política 41 da FHSAA também fornece procedimentos a serem seguidos pelas escolas para aclimatização de pré-temporada, monitoramento ambiental e inclusão de áreas de resfriamento para o tratamento de alunos-atletas que sofrerem uma lesão por calor.

#### Como posso ajudar a manter meu filho/minha filha seguro(a) em relação ao calor?

- Saiba mais sobre as lesões relacionadas ao calor em esportes no site: <https://www.nfhs.org/media/1015695/ksi-5-pillars-of-exertional-heat-stroke-prevention-2015.pdf>
- Discuta nutrição, hidratação adequada, peso corporal e a importância do sono e descanso com o provedor de assistência médica da família sobre o exercício físico esportivo
- Converse com sua escola e o(a) treinador(a) sobre as proteções que eles têm para manter os alunos seguros no calor e o que eles farão caso alguém adoça ou fique lesionado
- Monitore a ingestão de líquido do(a) aluno(a) enquanto estiver em casa e verifique rotineiramente para saber como ele/ela se sente
- Relate qualquer preocupação a(o) treinador(a) esportivo(a) de sua escola, equipe médica, técnico(a) ou o provedor de assistência médica da família

Ao assinar este contrato, reconheço a exigência anual de que meu filho/minha filha/menor sob minha tutela assista ao curso "Prevenção de doenças causadas pelo calor" no site: [www.nghslearn.com](http://www.nghslearn.com). Eu reconheço que li e compreendi as informações sobre doenças relacionadas ao calor. Fui avisado(a) dos perigos da participação para mim e meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.





Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

---

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula)      Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal      Data

---

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula)      Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal      Data

---

Nome do(a) aluno(a) (letra maiúscula)      Assinatura do(a) aluno(a)      Data

As informações deste formulário são creditadas a:  
<https://ksi.uconn.edu/>



Este formulário preenchido deve ser mantido arquivado pela escola. Este formulário é válido por 365 dias corridos a partir da data da assinatura mais recente. Este formulário é intransferível; uma mudança de escola durante o período de validade exigirá que este formulário seja reenviado.

Escola: \_\_\_\_\_ Distrito escolar (se aplicável): \_\_\_\_\_

## Atenção aluno(a) e pais/responsáveis legais

Sua escola é membro da Associação Esportiva de Ensino Médio da Flórida (FHSAA) e segue as normas estabelecidas. Para ser elegível para representar sua escola nas competições esportivas interescolares, em um esporte reconhecido e/ou sancionado pela FHSAA, o(a) aluno(a):

1. Deve preencher um EL3 para cada escola em que o(a) aluno(a) participe; **este formulário é intransferível.**
2. Deve mostrar bom espírito esportivo e seguir as regras da competição **antes, durante e depois** de cada competição que participar. Caso contrário, ele/ela poderá ser suspenso(a) da participação por um período. (Estatuto 7.1 da FHSAA)
3. Não deve fornecer **informações falsas** à escola ou à FHSAA para obter elegibilidade. (Estatuto 9.1.1.2 da FHSAA)
4. Deve estar regularmente matriculado(a) e frequentando regularmente a escola. Se o(a) aluno(a) frequentar educação domiciliar, escola autônoma, escola alternativa/especial, escola particular não associada ou Programa público de tempo integral de escola virtual da Flórida, deve declarar por escrito sua intenção de participar no esporte da escola em que tenha permissão para participar. **Alunos de educação domiciliar e alunos que frequentam uma escola particular não associada devem preencher a documentação adicional antes de participar.** (Estatuto 9.2 da FHSAA, Política 16.6 da FHSAA e Procedimento administrativo 1.8)
5. Deve começar a frequentar a escola nos **dez (10) primeiros dias** de cada semestre para ser elegível durante esse semestre. (FHSAA Estatuto 9.2.3)
6. Deve manter pelo menos um **GPA (Média de notas) cumulativo de 2,0** em uma escala de 4,0 (sem peso) antes do semestre em que deseja participar. Este GPA deve incluir todos os cursos realizados desde que o(a) aluno(a) ingressou no 9º ano. Um(a) aluno(a) do 6º, 7º ou 8º ano deve ter obtido pelo menos um GPA de 2,0 em uma escala de 4,0 (sem peso) durante o semestre anterior. (Estatuto 9.4.1 da FHSAA e F.S. 1006.15(3)a)
7. Não deve ter **graduado** de qualquer escola de Ensino Médio ou equivalente. (Estatuto 9.4. 7 da FHSAA)
8. Não deve ter se matriculado no 9º ano pela primeira vez há mais de **oito semestres consecutivos**. Um(a) aluno(a) do 6º, 7º ou 8º ano não poderá participar de nenhuma forma se estiver **repetindo** a série. (Estatuto 9.5 da FHSAA)
9. Não deve completar **19 anos antes de 1º de julho** para participar no nível do Ensino Médio; não deve completar **16 anos antes de 1º de julho** para participar das competições do 7º e 8º ano; e não deve completar **15 anos antes de 1º de julho** para participar no nível de Ensino Fundamental II, caso contrário, o(a) aluno(a) torna-se permanentemente inelegível. (Estatuto 9.6 da FHSAA)
10. Deve passar por uma **avaliação física de pré-participação** e ser considerado(a) como fisicamente apto(a) para participar das competições escolares interescolares em um formulário (EL2) fornecido à escola. (Estatuto 9.7 da FHSAA e F.S. 1002.20(17)b)
11. Deve ter a **permissão assinada** para participar dos pais/responsáveis legais em um formulário (EL3) fornecido à escola. (Estatuto 9.8 da FHSAA)
12. Deve ser um(a) **amador(a)**. Isso significa que o(a) aluno(a) não deve aceitar dinheiro, presentes ou doações para participar de um esporte ou usar um nome diferente do seu ao participar. (Estatuto 9.9 da FHSAA)
13. Não deve participar de um **concurso de estrelas** de um esporte antes de verificar sua elegibilidade para este esporte no Ensino Médio. (Política da FHSAA 26)
14. Jovens de programas de intercâmbio, outros alunos internacionais e imigrantes devem ser **aprovados** pelo Departamento da FHSAA antes de poderem participar. Exceções podem ser aplicadas. (Política da FHSAA 17)
15. Deve abster-se de **trote/bullying** ao fazer parte de uma equipe esportiva ou enquanto participar de qualquer atividade esportiva patrocinada ou afiliada a uma escola associada.

Se o(a) aluno(a) for declarado(a) ou considerado(a) inelegível devido a infração de uma ou mais normas e regulamentos da FHSAA, ele/ela tem o direito de solicitar que a escola apresente um recurso em seu nome. Consulte o(a) Diretor(a) da escola ou Diretor(a) esportivo(a) para obter informações sobre este processo.

**Ao assinar este contrato, o(a) signatário(a) reconhece que as informações no Certificado de consentimento e isenção de responsabilidade em relação às normas estabelecidas e à elegibilidade da FHSAA foram lidas e compreendidas.**

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula) \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (letra maiúscula) \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a) (letra maiúscula) \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## RELATÓRIO DE CARDIOLOGIA: LIBERAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

**Pais/responsáveis legais:** Um exame de ECG pode ajudar a identificar atletas jovens que correm o risco de morte súbita cardíaca, uma condição em que o óbito ocorre devido a uma perda abrupta da função cardíaca. Uma avaliação de ECG pode auxiliar no diagnóstico de várias doenças cardíacas diferentes que podem contribuir para a morte súbita cardíaca. Conforme a [Política do Conselho Escolar JJ: Atividades extracurriculares](#), o Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida, está exigindo que cada aluno(a)-atleta que deseje participar de esportes no Ensino Médio faça 1 exame de eletrocardiograma (ECG) antes de poder participar de um esporte. **O ECG inicial pode ser preenchido por qualquer médico(a) credenciado(a), incluindo um clínico geral, pediatra, médico(a) assistente credenciado(a) ou enfermeiro(a) registrado(a). Caso os resultados do ECG sejam ANORMAIS, o(a) aluno(a) apenas poderá participar após ser liberado(a) por um(a) cardiologista ou um(a) cardiologista pediátrico(a).**

**INFORMAÇÕES DO(A) ALUNO(A):** (letra maiúscula)

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Nº de ID do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal

Data

- Se o seu ECG tiver sido feito por Who We Play For, Orlando Health, Advent Health ou Nemours, já TERMINOU. Envie o e-mail que recebeu da organização para o Departamento de liberação esportiva, juntamente com a parte superior deste formulário preenchida. Ambos, o e-mail e a parte superior preenchida deste formulário devem ser enviados.

**Para os ECGs realizados por um(a) médico de cuidados primários, Centro de atendimento de urgência ou Clínica ambulatorial, o profissional deverá preencher o formulário abaixo.**

**INSTRUÇÕES PARA MÉDICOS:** Este formulário deve ser preenchido por um profissional de saúde apropriado (AHCP) treinado nas mais recentes diretrizes de interpretação de ECG. Recomenda-se interpretar as leituras de ECG com base nos Critérios internacionais: (<https://uwportscardiology.org/>). Depois da conclusão e interpretação do ECG, selecione a caixa apropriada abaixo. Se o ECG tiver sido considerado como NORMAL, conclua a Liberação de eletrocardiograma normal. Se o ECG inicial tiver sido considerado como ANORMAL, o(a) aluno(a) deverá ser encaminhado(a) a um(a) cardiologista. Somente um cardiologista pode liberar um(a) aluno(a) com uma interpretação ANORMAL de ECG.

### **Liberação de eletrocardiograma - NORMAL:**

**(A ser preenchida na íntegra por um(a) médico(a) credenciado(a), PA ou ARNP)**

Certifico que um ECG foi realizado por mim ou por um indivíduo sob minha supervisão direta com a seguinte conclusão:

Baixo risco/liberado(a) para participação

Assinatura do(a) médico(a)/PA/ARNP

Nome do(a) médico(a)/PA/ARNP (letra  
maiúscula)

Data

Carimbo do consultório médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

- O ECG foi constatado como ANORMAL e o(a) aluno(a) foi encaminhado(a) para cardiologia. Nome do(a) médico(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### **Liberação de eletrocardiograma - ANORMAL:**

**(A ser preenchida na íntegra por um(a) cardiologista ou cardiologista pediátrico(a))**

O ECG foi considerado como anormal e o(a) aluno(a) foi posteriormente avaliado(a) por um(a) cardiologista ou cardiologista pediátrico(a).

Certifico que o(a) aluno(a) acima foi avaliado(a) e está liberado(a) para a participação em atividades esportivas de uma perspectiva cardíaca.

Assinatura do(a) Cardiologista/Cardiologista pediátrico(a)  
(letra maiúscula)

Nome do(a) Cardiologista/Cardiologista pediátrico(a)

Data

Carimbo do consultório médico (cardiologia): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_



# AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

**CARTÃO DE AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA – PORTUGUÊS**

**CONSELHO ESCOLAR DO CONDADO DE ORANGE, FLÓRIDA**

(letra maiúscula)

Nome legal do(a) atleta: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do(a) atleta: \_\_\_\_\_ Data da última vacina contra o tétano: \_\_\_\_\_

Meu filho/minha filha é alérgico(a) aos seguintes medicamentos: \_\_\_\_\_

Meu filho/minha filha tem as seguintes alergias: \_\_\_\_\_

Por favor, informe quaisquer lesões graves ou doenças que seu filho/sua filha teve: \_\_\_\_\_

\*Contato de emergência | Nome completo: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**\*\*O documento de identificação com foto do estado deve ser disponibilizado mediante solicitação ao buscar o(a) aluno(a)\*\***

Você está ciente de que o seguro oferecido pelo Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida (Escolas Públicas do Condado de Orange) é uma apólice secundária e pagará somente após o pagamento do seguro principal. Você também entende que seu filho/sua filha está coberto(a) pelo Seguro esportivo do Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida (Escolas Públicas do Condado de Orange) APENAS durante a(s) temporada(s) especificada(s) pela FHSAA.

**SELECIONE UMA:**  Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela NÃO tem seguro  Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela tem seguro

Informação médica | Médico(a) de cuidados primários: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Se você não tiver seguro

para este(a) atleta; escreva "Nenhum" Nome do provedor de seguro principal: \_\_\_\_\_ Número da apólice: \_\_\_\_\_

"Nenhum"

Endereço principal do provedor de seguro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Você compreende que caso o(a) pai/mãe/responsável legal ou aluno(a) falsifique qualquer assinatura ou informação no cartão de tratamento médico de emergência, o(a) aluno(a) será declarado(a) inelegível para participar de qualquer atividade interescolar administrada pelo Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida, por um ano civil completo a partir da data de divulgação. Você também concede permissão para funcionários da escola apropriados e seus designados para prestar tratamento médico ou autorizar tratamento médico de um hospital e/ou médico(a) e concorda em isentar o Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida e seus funcionários pela administração de tal assistência.

Reconheço e certifico que li o documento de emergência médica, que entendi e concordo com seus termos; Estatutos da Flórida (92.525) "Sob pena de perjúrio, declaro que li o exposto acima e que os fatos declarados são verdadeiros." Concordo em estar vinculado a seus termos e revi e expliquei o aviso a(o) meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (impresso)

Data da assinatura

Endereço físico: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_, FL

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de telefone de contato: \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

## PREENCHA TOTALMENTE AMBOS OS CARTÕES

**CARTÃO DE AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA – PORTUGUÊS**

**CONSELHO ESCOLAR DO CONDADO DE ORANGE, FLÓRIDA**

(letra maiúscula)

Nome legal do(a) atleta: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do(a) atleta: \_\_\_\_\_ Data da última vacina contra o tétano: \_\_\_\_\_

Meu filho/minha filha é alérgico(a) aos seguintes medicamentos: \_\_\_\_\_

Meu filho/minha filha tem as seguintes alergias: \_\_\_\_\_

Por favor, informe quaisquer lesões graves ou doenças que seu filho/sua filha teve: \_\_\_\_\_

\*Contato de emergência | Nome completo: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**\*\*O documento de identificação com foto do estado deve ser disponibilizado mediante solicitação ao buscar o(a) aluno(a)\*\***

Você está ciente de que o seguro oferecido pelo Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida (Escolas Públicas do Condado de Orange) é uma apólice secundária e pagará somente após o pagamento do seguro principal. Você também entende que seu filho/sua filha está coberto(a) pelo Seguro esportivo do Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida (Escolas Públicas do Condado de Orange) APENAS durante a(s) temporada(s) especificada(s) pela FHSAA.

**SELECIONE UMA:**  Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela NÃO tem seguro  Meu filho/minha filha/menor sob minha tutela tem seguro

Informações médicas | Médico(a) de cuidados primários: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Se você não tiver seguro

para este(a) atleta; escreva "Nenhum" Nome do provedor de seguro principal: \_\_\_\_\_ Número da apólice: \_\_\_\_\_

Endereço principal do provedor de seguro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Você compreende que caso o(a) pai/mãe/responsável legal ou aluno(a) falsifique qualquer assinatura ou informação no cartão de tratamento médico de emergência, o(a) aluno(a) será declarado(a) inelegível para participar de qualquer atividade interescolar administrada pelo Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida, por um ano civil completo a partir da data de divulgação. Você também concede permissão para funcionários da escola apropriados e seus designados para prestar tratamento médico ou autorizar tratamento médico de um hospital e/ou médico(a) e concorda em isentar o Conselho Escolar do Condado de Orange, Flórida e seus funcionários pela administração de tal assistência.

Reconheço e certifico que li o documento de emergência médica, que entendi e concordo com seus termos; Estatutos da Flórida (92.525) "Sob pena de perjúrio, declaro que li o exposto acima e que os fatos declarados são verdadeiros." Concordo em estar vinculado a seus termos e revi e expliquei o aviso a(o) meu filho/minha filha/menor sob minha tutela.

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável legal

Nome do(a) pai/mãe/responsável legal (impresso)

Data da assinatura

Endereço físico: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_, FL

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de telefone de contato: \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_