

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

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): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

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

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		Sí	No
11.	¿Algún miembro 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 inexplicable)?		
12.	¿Algún miembro 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.	¿Algún miembro 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.	¿Algún 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.	¿Algún 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.	¿Algún 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.	¿Algún vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24.	¿Algún 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.	¿Algún vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES		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: _____

■ 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: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

© 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.

I hereby give permission for the release of the attached student medical history and the results of the actual physical examination to the school for the purposes of participation in athletics and activities.

Parent or Legal Guardian Signature _____ Date _____



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

- Medically eligible for certain sports

- Not medically eligible pending further evaluation

- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

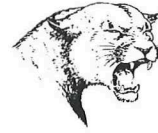
SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____



**NSAA Athletic and Activities
Student and Parent Consent Form
NSAA Deportes y actividades:
Formulario de consentimiento de padre/madre y estudiantes**

Año escolar:
Escuela afiliada:
Nombre del estudiante:
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
Nombre del padre/madre, tutor, o persona en cargo:
Relación con el estudiante:
Dirección/es del estudiante y padre/madre, tutor, o persona en cargo**:

***Nota: Si el estudiante y todos los padres/tutores no viven en el mismo hogar, incluya todas las direcciones e informe a la escuela afiliada, ya que esto puede afectar la elegibilidad. **

Los abajo firmantes son el estudiante y el padre/madre, tutor/es o persona/s a cargo del estudiante mencionado anteriormente y que se denominan colectivamente "padres".

Padres y estudiante por la presente:

(1) Entienden y aceptan que la participación en actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del estudiante y es un privilegio y entienden y aceptan que (a) mediante este Formulario de consentimiento, la NSAA ha notificado la existencia de peligros potenciales asociados con la participación en deportes y actividades; (b) la participación en cualquier actividad puede implicar lesiones, enfermedades o afecciones de algún tipo, incluida la exposición a enfermedades transmisibles e incluso lesiones catastróficas, parálisis y muerte; y (c) incluso con la mejor supervisión, el uso del mejor equipo de protección y la estricta observancia de las reglas, las lesiones siguen siendo una posibilidad;

(2) Consienten y aceptan la participación del estudiante en actividades de la NSAA sujetas a (a) todos los estatutos de la NSAA y las interpretaciones de las reglas, incluidas las limitaciones en las transferencias y las limitaciones en el uso del nombre, la imagen y la semejanza del estudiante cuando use uniformes escolares o participe en actividades comerciales vinculadas a la participación del estudiante en actividades de la NSAA; y (b) las reglas de atletismo, deportes y actividades de la escuela afiliada;

(3) Consienten y aceptan la divulgación por parte de la escuela afiliada a la NSAA, y la posterior divulgación por parte de la NSAA, de la información sobre el estudiante contenida en el directorio de información de la escuela afiliada u otras políticas similares, y cualquier otro registro o documentación necesaria para determinar la elegibilidad del estudiante y el cumplimiento necesario para participar en las actividades de la NSAA;

(4) Entienden que (a) antes de la participación atlética, se debe firmar y enviar previamente a la escuela afiliada un formulario de autorización firmada por un profesional de la salud; y (b) con el fin de determinar la aptitud para participar, lesión, estado de lesión o respuesta de emergencia, se les puede pedir a los padres que den su consentimiento para la divulgación de información o registros médicos confidenciales. Los registros y la información compartidos para este propósito no se volverán a divulgar a ninguna entidad fuera de los proveedores de atención médica, la escuela afiliada o la NSAA;

(5) Consienten y aceptan (a) autorizar a personas capacitadas o con licencia, incluido el personal certificado en lesiones deportivas, para evaluar y tratar cualquier lesión, enfermedad o condición que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención, el tratamiento y la rehabilitación razonables y necesarias para estas lesiones que la escuela afiliada y/o la NSAA ponen a disposición, incluido el transporte del estudiante a un centro médico si es necesario; y (b) que los padres/tutores están obligados a pagar los servicios médicos profesionales y/o relacionados; la NSAA y la escuela afiliada no serán responsables del pago de dichos servicios, incluso si la escuela afiliada o la NSAA los ponen a disposición.

(6) Comprenden que el estudiante o la imagen del estudiante se fotografíe, se grabe en video, se grabe en audio o se grabe por cualquier otro medio mientras participa en actividades y concursos de la NSAA y que dicha grabación puede usarse para transmisión, venta o exhibición.

Nosotros, padre/madre(s) y el estudiante, reconocemos que hemos leído los párrafos (1) a (6) anteriores, entendemos y aceptamos los términos de los mismos, incluida la advertencia del riesgo potencial de lesión inherente a la participación en deportes y actividades, y aceptamos que el estudiante pueda participar en las actividades de la NSAA.

Nombre impreso del estudiante

Firma del estudiante

Fecha de la firma

Nombre(s) impreso(s) del padre/madre

Firma(s) del padre/madre

Fecha de la(s) firma(s)

**NORFOLK ESCUELAS PUBLICAS
NORFOLK, NEBRASKA
ESTUDIANTES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
EN ACTIVIDADES EXTRAESCOLAR**

Agosto 2023

Las Norfolk Escuelas Publicas proveen un espectro ancho de actividades extraescolares lo cuales creen oportunidades para todos involucrarse en desarrollando un características de character positivas y habilidades de la vida entera.

Los siguientes derechos y responsabilidades son diseñado a reforzar auto-disciplina, para aumentar acondicionando fisico y mental, para mejorar la salud del participante, y para proveer todo estudiantes participando en actividades extraescolares mientras asistiendo a las Norfolk Escuelas Publicas. Es la creencia de las Norfolk Escuelas Publicas que estudiantes participando en actividades se deben mantener a un estándar mas alto.

Todo estudiante en grados 9 - 12 pueden ser excluidos de participación en actividades extraescolares por las siguientes infracciones:

- Conducir fundamentos constituyendo para suspension o expulsion del programa academico como establecido en poliza de la mesa directiva.
- Cualquier otra violacion de las reglas o estándares de comportamiento bajo esta poliza.

Tal exclusion se va hacer solamente despues que el administrador/a del edificio ha hecho una investigación de la conducta alegada o violación y ha determinado que el estudiante es culpable de las reglas o estándares de comportamiento contenido en esta poliza. Antes que la exclusion(s) tome efecto, el estudiante se le va a dar una noticia oral o escrito de los cargos, una explicación de la evidencia que las autoridades tengan, y una oportunidad de presentar su version del incidente.

Actividades Cubiertas

Todos los estudiantes comprometidos en actividades, tal como:

- Actividades enterescolasticas, incluyendo pero no limitado a, habla, debate, banda, coro, orquesta, DECA, FFA, FBLA, y atleticos;
- Eligido a una posición de responsabilidad, incluyendo pero no limitado a, oficial de clase, ayuntamiento estudiantil, o posición de responsabilidad en cualquier actividad de la escuela;
- Representando a la escuela en todas actividades patrocinadas por la escuela, incluyendo pero no limitado a, drama, Pink Panthers, banda, y animadoras; o
- Posiciones de Honor, incluyendo pero no limitado a Homecoming, Winter Royalty, y Baile de Graduacion seran gobernadas por las siguientes reglas.

Estas reglas aplican a la conducta de estudiante durante el año calendario entero. Si un estudiante viola uno o mas de estas reglas, él/ella sera sujeto a disciplina como descrito en esta poliza.

Eligibilidad

Para poder competir en actividades sancionadas por el Nebraska Asociacion de Actividades Escolares, y todas actividades patrocinado por la escuela, los estudiantes tienen que:

- Éxitosamente completar 20 créditos académicos el semestre anterior y,
- Estar matriculado en 20 créditos académicos durante el semestre actual .

Reglas/Estánderes

Las siguientes reglas y estándares acerca de la conducta del estudiante para actividades extraescolares estan establecidas para asistir a las Norfolk Escuelas Publicas en llevando a cabo la funcion de la actividad. Las infracciones son:

1. Posear, usar, esta bajo la influencia de, vender o distribuir alcohol o drogas ilegales o posear parafernalia de droga.

En incidentes relacionadas a alcohol/droga, la administracion de la escuela va a recomendar a las familias que los estudiantes tengan un evaluación de alcohol/droga realizado por un consejero/a de droga/alcohol calificado/a. El propósito de las evaluaciones es de ayudarle al estudiantes y la familia individual. Una lista de agencias local esta disponible de la directora, enfermera escolar, o consejera de orientacion.

2. Posesión o uso de tabaco.
3. Comprometiendo en cualquier actividad lo cual es clasificado como un Clase III delito menor o una ofensa mas seria, como proveado por las leyes del estado de Nebraska. Ofensas incluyen pero no estan limitadas a: as alto, amenazas y intimidación de estudiantets y/o facultad, robo en una tienda, robo, etc.
4. Clasificado como un Clase IV o V Delito menor bajo las siguientes categorias:
 - Uso de tabaco por menores de edad
 - Menor de edad dando un imagen equivocada de edad para obtener tabaco
5. Adrede y voluntariamente trayendo a la escuela, poseando, manejando o transmitiendo o usando cualquier arma, navaja, o tra arma peligrosa en la escuela, en los terrenos de la escuela, o en una función de la escuela afuera de los terrenos de la escuela.
6. Violación de la Política de Acoso de las Norfolk Escuels Publicas.
7. No especificadamente identificadas arriba, pero las cuales constituyen un peligro a otros estudiantes, interfiere sustancialmente con cualquier actividad extraescolar, o es estimado por la administración de ser no aceptable.

Cometiendo cualquier acto, lo cual es clasificado como un delito menor por el Estado de Nebraska, se puede considerar una tercer ofensa bajo la sección de exclusión de esta política.

El listado de arriba no es inclusivo y la administración y la escuela reserve el derecho de enfrentar todas infracciones y violaciones en una basis individual. Todas la violaciones se van a enfrentar de una manera igual.

Un comité se va a formar para enfretar con y interpretar las violaciones no listadas o en duda. La membrecia del comité va a ser representable del Personal Escolar entero.

Exclusiones

Exclusioné(s) va/van a tomar lugar en la actividad o actividades en las cuales el estudiante esta actualmente comprometidas en o en la siguiente actividad en la cual el estudiante participa en.

Los estudiantes no se les va a permitir servir una exclusion en una actividad si es que ellos/as no estuvieron envueltos en esa actividad antes de la temporada o el año escolar. A ellos/as no se les va a permitir participar en cualquier otra actividad hasta que la suspension se complete.

Primer Ofensa

Cuando un estudiante viola una de las infracciones listadas anteriores el administrador/a del edificio va a excluir el estudiante de su actividad actual o actividades o su siguiente actividad para un termino igual a un-cuarto de la temporada.

Auto Reportando

En la primera violación de un estudiante de una regla listada en esta política, el estudiante puede reducir la exclusión de la actividad o actividades por la mitad por medio de:

- Auto-reportando al administrador/a de la escuela o entrenador/a/patrocinador/a dentro del primer día de escolar despues que la violación ocurrió, incluyendo días de Escuela de Verano o de la actividad actual.

Auto-reportando es una admission que el estudiante violó una regla.

Y

- En violaciones de droga/alcohol completando una evaluación realizada por un consejero/a titulado/a de droga/alcohol (al gasto del padre/estudiante) y siguiendo las recomendaciones.
- En otras violaciones, una intervención con el estudiante, padre, entrenador/a, Director de Actividades, y Consejera/a se va a llevar a cabo. Los estudiantes que violan una regla a la escuela, a la actividad de la escuela, siendo visto por un miembro del eposnal de la escuela no pueden Auto-reportar.

Periodo de Probación

Los estudiantes que violan cualquier provision de esta política de actividd se le va a dar un period de probación, tipicamente un-año. Durante ese año las Norfolk Ecuclas Publicas se va a apoyar y trabajar con estudiantes por medio de fijando las juntas o clases con una Consejera de la Ecucla, Psicólogo de la Escuela, o Maestra/o-Mentor en una basis semanal. Las juntas van a continuar hasta la Consejera, estudiantes y padres ya no siente que sea necesario. Al completar éxitosamente del period de probación el estudiante puede tener el código de actividad quitado de su recórd.

Segunda Ofensa

La segunda vez que un estudiante viole una de las reglas individualmente listadas anteriormente o una combinación de reglas el administrador/a del edificio va a excluir al estudiante de su actividad(es) actual(es) o su siguiente actividad para la temporada completa. Si la actividad o actividades actu- al del estudiante, son de mas completadas la exclusion se va a cargar a la siguiente actividad, o actividades para satisfacer el intento de esta política.

Tercer Ofensa

Cuando un estudiante acumula una tercer violación de una regla individual o combinación de reglas listadas anteriormente el administrador/a del edificio va a excluir a ese estudiante de actividades extra-escolares por un periodo de 12 meses.

Cuarta Ofensa

Cualquier estudiante acumulando cuatro violaciones de una regla individual o combinación de reglas en el párrafo I.A. de esta política va a ser excluido/a de actividades extra-escolares por el resto de su carrera de preparatoria.

Procedimientos

Consecuencias disciplinarias se deben administrar con cuanta uniformidad posible. Los estudiantes que son excluidos/as de participación en actividades extra-escolares se les va a proveer proceso legal correspondiente.

A. La administración va a, lo mas pronto razonablemente posible:

- Esbozar en una declaración por escrito al estudiante y padres o guardia del estudiante, la conducta alegada del estudiante o violación de las reglas o estándares.
- Hacer un esfuerzo razonable a establecer una conferencia entre el padre o guardian y el estudiante con el personal apropiado antes que el estudiante se reúne de nuevo a la actividad.
- Presentar una copia del resumen por escrito con el Director de Servicios Estudiantiles.

B. Si el administrador/a del edificio hace una decision a disciplinar al estudiante que este participando en una actividad extra-escolar y el padre o guardian no acepta esta decisión, el padre o guardian pueden apelar al Director de Servicios Estudiantiels. El estudiante o el padre o guardian del estudiante va a presentar una apelación dentro de cinco días de escuela de recibo de la noticia por escrito. El Director de Servicios Estudiantiles va a repasar el incidente y la acción disciplinaria impuesta por el administrador/a del edificio. El Director de Servicios Estudiantiles le va a informar al padre o guardian de su decision dentro de seite días de calendario de la fecha que la apelación es recibo.

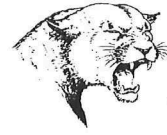
C. Si el padre o guardian no acepta la decision hecha por el Director Servicios Estudiantiles, él/ella puede apelar, dentro de cinco días de la escuela, al Superintendente de las Escuelas. El Superintendente va a repasar el incidente y la acción disciplinarian impuesta por el administrador/a del edificio y/o el Director de Servicios Estudiantiles. El Superintendente le va a informar al padre o guardian de su decision dentro de seite días de calendario de la fecha que la decisión del Director de Servicios Estudiantiels se apeló.

Si el padre o guardian no acepta la decision hecha por el Superintendente de Escuela, él/ella puede apelar a las Norfolk Escuelas Publicas Mesa Directiva, dentro de cinco días de ecuela. La Mesa Directiva va a repasar el incidente y la decision hecha por el Superintendente de las Escuelas. Ellos/as le van a informar al padre o guardian de su decisión dentro de treinta días de calendario de la fecha que la apelación se recibió. Nada en esta política va a excluir el estudiante o el padre/guardian del estudiante o representante de discutiendo y resolviendo esta asunto con personal de la escuela apropiada antes de la conferencias con el Director de Servicios Estudiantiles, el Superintendente de las Escuela o la Mesa Directiva.

(Nombre del Estudiante de Impresión)

(Firma de Estudiante)

(Firma de Padre/Madre/Guardian)



EXHIBICIÓN B

a

Entrenador/a Atlético/a Acuerdo de Servicios

AUTORIZACIÓN PARA LIBRAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____

Yo con la presente autorizo al Faith Regional Servicios de Salud (el "Hospital") a revelar al Distrito Escolar entrenadores atléticos y/o otros oficiales del Distrito Escolar mi información de salud protegida creado o obtenido por el Hospital en el curso de conduciendo una clinica de lesión y servicios de entrenamiento atlético. Esta revelación se hace a mi pedido.

El Hospital puede revelar cualquier y toda información lo cual ha creado o obtenido acerca de mi cuidado en tal clinica de lesión o por medio de servicios de entrenamiento atlético.

Yo entiendo y reconozco que:

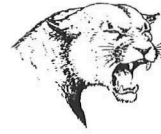
1. Yo puedo rechazar esta Autorización a cualquier hora por medio de dando revocación por escrito al Hospital en la siguiente domicilio: Faith Regional Health Services, 1500 Koenigstein Avenue, Norfolk, Nebraska 68701. Mi revocación no es efectiva como para revelaciones ya hechas y acciones ya tomadas en respeto a esta Autorización.
2. El Hospital NO puede acondicionar el tratamiento, matriculación o eligibilidad para beneficios en si yo firme esta Autorización.
3. Yo estoy autorizando revelación de información protegida bajo la ley federal. Esta información, una vez revelada, pueda ser sujeto a revelación de nuevo por el recipiente y no protegida por ley estatal y federal.
4. Esta Autorización es efectiva por 12 months despues de la fecha que se firmo.

Una fotocopia y reproducción exacta de esta Autorización va a tener la misma fuerza y efecto como la original.

Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

Fecha

Firma de Padre/Guardian



EXHIBICIÓN A
a
Entrenador/a Atlético//a Acuerdo de Servicios

[Este document se puede incluir con un consentimiento del Distrito Escolar para participar en document áatico]

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo con la presente autorizo entrenadores áaticos certificados actuando por parte del Faith Regional Servicios de Salud evaluar y tratar cualquier lesión que ocurra como un resultado de mi participación en áaticos en el Distrito Escolar. Esto incluye todo cuidado razonable y preventivo necesario y rehabilitación para estas lesiones.

Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

Fecha

Firma de Padre/Madre/Guardian

Noticia de Prácticas de Privacidad

Yo con la presente reconozco recibo del Faith Regional Servicios de Salud Noticia de Práctica de Privacidad.

Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

Fecha

Firma de Padre/Madre/Guardian