

**PADRE/TUTOR LEGAL Y ESTUDIANTE: SÍRVANSE LLENAR, FIRMAR Y FECHAR ESTA PÁGINA**  
**EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – HISTORIA MÉDICA Revisado 03-19-12**

Para que un estudiante pueda participar en actividades deportivas, el padre de familia o tutor legal del estudiante deberá llenar este FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA del estudiante *todos los años*. Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que pudiese poner en peligro su participación en un evento deportivo.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Edad \_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Grado en 2012-2013 \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela para el año lectivo 2012-2013 \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina del médico \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de un familiar/amigo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas "Sí" en el recuadro de abajo\*\*. Encierre en un círculo las preguntas para las que no sepa la respuesta. Si responde "Sí" a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 se requerirá más evaluaciones médicas, como por ejemplo un examen físico. Antes de que el estudiante pueda participar en prácticas o entrenamientos, juegos o torneos UIL, deberá presentar un permiso autorizado por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico.**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Has estado enfermo o te has lastimado desde tu último examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Has experimentado dificultad para respirar después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El año pasado, ¿pasaste una noche en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fuiste operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de alergias que requieren el uso de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has desmayado al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algún equipo especial protector o correctivo o aparatos que por lo general no se usan en tu deporte o puesto (por ejemplo, rodillera, collarín, ortopedia para el pie, retenedor dental, audífonos en los oídos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince o inflamación después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al hacer ejercicio, ¿te cansas más rápidamente que tus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido problemas de dolor o inflamación en los músculos, los tendones, los huesos o las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido agitación o palpitaciones saltadas en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tu respuesta fue positiva, marca el recuadro apropiado y explica más abajo.		
¿Alguna vez has tenido presión alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
En tu familia, ¿ha fallecido alguien de problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
En tu familia, ¿ha sido alguien diagnosticado con corazón agrandado, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otras canalopatías (síndrome de Brugada, etc., síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla
En los últimos meses, ¿tuviste alguna infección viral grave como por ejemplo miocarditis o mononucleosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
¿Alguna vez tu médico te negó o limitó tu participación en los deportes debido a problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo	<input type="checkbox"/> Pie	
4. ¿Alguna vez sufriste una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en el presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fuiste noqueado, quedaste inconsciente o perdiste la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes que perder peso regularmente para cumplir los requisitos del deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tu respuesta fue afirmativa:			17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo tuviste la última conmoción? _____			18. ¿Alguna vez fuiste diagnosticado tener o recibiste tratamiento para la anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán severa fue cada una? (Explica más abajo)					
¿Alguna vez tuviste un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Solamente para jovencitas</b>		
¿Sufres dolores de cabeza frecuentes o fuertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿A qué edad tuviste tu primer período menstrual?	_____	
¿Alguna vez sentiste adormecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo tuviste tu período menstrual más reciente?	_____	
¿Alguna vez tuviste un dolor de tipo punzante o un nervio comprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo pasa entre el comienzo de un período al comienzo de otro período?	_____	
5. ¿Te falta alguno de los órganos pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos períodos menstruales tuviste el año pasado?	_____	
6. ¿Estás bajo cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue la cantidad de tiempo más larga entre periodos el año pasado?	_____	
7. En el presente, ¿estás tomando medicamentos sujetos a receta médica o de venta sin receta (OTC) o usas un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Sufres de alergias, por ejemplo al polen, medicamentos, alimentos, o a picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>A toda persona que responda de manera afirmativa a la pregunta referente a un posible problema de salud cardiovascular (pregunta #3) según identificado en este formulario, se le restringirá la participación hasta que sea examinada y autorizada por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico.</b>		
9. ¿Alguna vez has sentido mareos al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. En el presente, ¿tienes algún problema de la piel (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Te enfermas si haces ejercicio al calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Has tenido problemas con tus ojos o tu visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**\*\*EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SÍ" EN ESTE RECUADRO. (Adjunte otra hoja si fuese necesario).**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se entiende que aún con el uso de equipos protectivos por el deportista cuando fuese necesario, la posibilidad de que ocurra un accidente aún está presente. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela asumen responsabilidad alguna en caso de accidente.

Si, en el juicio de un representante escolar, el estudiante mencionado más arriba necesita atención o tratamiento inmediato como resultado de una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y permito que tal atención o tratamiento sea provisto a dicho estudiante por un médico, un entrenador, un enfermero o un representante escolar. Por este medio acuerdo indemnizar y eximir a la escuela y a todo representante escolar o médico de toda reclamación por cualquier persona por tal cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de las competencias deportivas, ocurriese una enfermedad o lesión que impidiese la participación del estudiante en las mismas, me comprometo a notificar a las autoridades escolares acerca de tal enfermedad o lesión.

**Por la presente, declaro que según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas. Proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.**

**X** Firma del estudiante \_\_\_\_\_ **X** Firma del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O CONCURSOS DURANTE O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR.

*Para uso de la escuela solamente:*

Este formulario de historia médica fue revisado por: Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – EXAMEN MÉDICO**

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % de grasa del cuerpo (opcional) Pulso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)  
 Presión arterial braquial al estar sentado)

Visión: D 20/\_\_\_\_\_ I 20/\_\_\_\_\_ Corregida: SÍ - NO Pupilas: IGUALES \_\_\_\_\_ DESIGUALES \_\_\_\_\_

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe llenarse en su totalidad antes de la participación en deportes de escuela intermedia y nuevamente antes de la participación en deportes del primer y el tercer año de escuela secundaria. Si en el Formulario de la Historia Médica del estudiante (al dorso) hay respuestas afirmativas (SÍ), este formulario debe llenarse en su totalidad. *\*La política local del distrito podría requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICO</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nódulos linfáticos			
Corazón – Auscultación del corazón en posición supina			
Corazón – Auscultación del corazón en posición de pie			
Corazón – Pulsos en las extremidades bajas			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (jovencitos solamente)			
Piel			
(Síndrome de Marfan (Aracnodactilia, pectus excavatum (pecho hundido), hiper movilidad articular, escoliosis,			
<b>MÚSCULOESQUELÉTICO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie			

\*Examen basado en la estación solamente.

\*Si el médico realizó un ECG - \_\_\_\_\_ Autorizado \_\_\_\_\_ No Autorizado

**AUTORIZACIÓN**

- Autorizado**
  - Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación para:** \_\_\_\_\_
  - No autorizado para:** \_\_\_\_\_ **Razón:** \_\_\_\_\_
- Recomendaciones:** \_\_\_\_\_

*La siguiente información deberá ser provista y firmada por un Médico, un Médico Asistente certificado por la Junta Estatal de Médicos Asistentes, un Enfermero Certificado reconocido como un Enfermero Práctico Avanzado por la Junta de Enfermeros Examinadores o un Médico Quiropráctico. Los formularios de exámenes médicos firmados por cualquier otro profesional de la salud, no serán aceptados.*

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**X** Firma: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La evaluación basada en un ECG (a veces conocido también como EKG) puede ayudar a identificar a jóvenes deportistas que corren riesgo de sufrir muerte súbita. Las personas con esta condición, sufren una pérdida abrupta de las funciones del corazón lo cual tiene como resultado la muerte. Una evaluación basada en un ECG puede ayudar a diagnosticar varias condiciones cardíacas diferentes que podrían contribuir a la muerte súbita.

Al firmar abajo, escojo o declino la evaluación basada en un ECG provista por el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks para mi hijo. Al escoger la opción de recibir una evaluación basada en un ECG, reconozco las limitaciones del ECG y de que aún pudiese ocurrir la muerte súbita, a pesar de haber recibido la evaluación. Reconozco también que los estudiantes cuya evaluación basada en un ECG tenga un resultado anormal tendrán que someterse a otros exámenes (por ej. un ecocardiograma o ultrasonido) y/o a una cita médica antes de que puedan reintegrarse a las actividades de los equipos deportivos de CFISD. Con mi firma abajo, exonero de toda responsabilidad y/o reclamos en contra del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks, sus empleados, directivos, asesores y contratistas respecto a la participación del estudiante en el programa de evaluación basada en un ECG y autorizo al personal médico para que revise los resultados del ECG, los interprete y los use con fines de diagnósticos y estadísticas de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos.

<input type="checkbox"/> <b>DOY permiso para la participación en la evaluación basada en un ECG en nombre de mi hijo menor de edad</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DECLINO la participación en la evaluación basada en un ECG en nombre de mi hijo menor de edad</b>	
Nombre del estudiante en letra de imprenta _____	Fecha _____
Nombre del padre/tutor en letra de imprenta _____	<b>X</b> _____ Firma del padre/tutor legal
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____	

INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA	
<b>ORIGEN ÉTNICO:</b>	CAUCÁSICO ___ HISPANO ___ AFROAMERICANO ___ ASIÁTICO ___ OTRO ___
<b># de ID del ESTUDIANTE:</b> _____	<b>NOMBRE COMPLETO:</b> _____
<b>EDAD:</b> _____	<b>SEXO:</b> MASCULINO ___ FEMENINO ___ <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> ____/____/____
<b>ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA ESCUELA SECUNDARIA A LA QUE ASISTIRÁ EN 2012-2013:</b>	
Cy-Creek	Cy-Fair
Cy-Ridge	Cy-Springs
Cy-Falls	Cy-Woods
Cy-Lakes	Jersey Village
Cy-Ranch	Langham Creek

<i>This section to be completed by Athletic Trainer</i> <b>DATE ECG COMPLETED</b> ____/____/____
--

**\*\*ESCUELA SECUNDARIA SOLAMENTE\*\***



**CONSENTIMIENTO PARA ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por medio de la presente, doy consentimiento para que al estudiante se le administre una prueba de base y una prueba después de una conmoción cerebral ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) en una Escuela Secundaria de CFISD si participa en un deporte de contacto. Entiendo que mi hijo podría tener la necesidad de ser evaluado más de una vez, dependiendo de los resultados de la evaluación, según comparada con la evaluación de base de mi hijo, cuyos resultados estarán archivados en su escuela secundaria. Entiendo que no hay que pagar por la evaluación realizada en CFISD.

CFISD podría divulgar el resultado de la prueba ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral) con el médico de cabecera, el neurólogo y/u otro médico que esté tratando a mi hijo. Autorizo al personal de CFISD para que se comunique con el médico de cabecera, el neurólogo y/u todo otro médico que esté tratando a mi hijo respecto a los resultados de la prueba ImPACT.

Entiendo que la información general acerca de los datos de la evaluación podría compartirse con el consejero y los maestros de mi hijo con el propósito de proporcionar modificaciones académicas temporales, si fuese necesario.

Para más información sobre ImPACT, visite: [www.impacttest.com](http://www.impacttest.com)

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_



### Cypress-Fairbanks ISD

#### **Autorización para la divulgación de información médica**

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que gobierna la autorización para obtener acceso a los archivos educativos del estudiante, incluso información personal identificable (nombre, domicilio, número de seguro social, etc.) de dichos archivos. La información médica está considerada como parte del archivo educativo del estudiante atleta.

Esta autorización permite a los médicos divulgar información con respecto a mi: estado médico, condición médica, lesiones, pronósticos, diagnósticos e información personal identificable sobre la salud a partes terceras autorizadas tales como: los entrenadores de atletismo, los médicos del equipo y el personal de atletismo (inclusive los entrenadores) de Cypress-Fairbanks ISD. Esta información incluiría lesiones o enfermedades relevantes a la participación pasada, presente o futura en atletismo.

El propósito de la divulgación es informar a las partes autorizadas la naturaleza, el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento respecto a mi condición médica y a lesiones o enfermedades. Entiendo que una vez que la información es divulgada está sujeta a volver a divulgarse y deja de estar protegida.

Entiendo que Cypress-Fairbanks ISD no recibirá compensación por divulgar la información. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de autorización y que mi negación a firmar dicha autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Yo puedo inspeccionar o copiar toda información divulgada bajo esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito al entrenador dirigente de atletismo de la respectiva escuela secundaria. Entiendo también que la revocación no tendrá ningún efecto en las acciones que haya tomado Cypress-Fairbanks ISD en dependencia de esta autorización antes de recibir la revocación. Esta autorización se vence en seis años de la fecha en que haya sido firmada.

No. de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

*White - School*

*Yellow - Athlete*

He recibido y leído los siguientes documentos y me comprometo a seguir las reglas y los reglamentos.

- ImPACT (Prueba cognitiva y la evaluación inmediatamente después de una conmoción cerebral)  
**Solo para estudiantes de escuela secundaria**
- UIL Acuse de recibo de los reglamentos
- UIL Uso de esteroides / Acuerdo de pruebas
- Formulario de deportividad
- Acuse de recibo de cobertura de seguro médico secundaria  
([http://www.cfid.net/dept2/insur/ins\\_stu.htm](http://www.cfid.net/dept2/insur/ins_stu.htm))

**Reconozco que tengo acceso a, y que soy responsable de, la información titulada, UIL Manual para Padres ubicado en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu).**

Nombre del padre / tutor legal (escribir en imprenta/a máquina): \_\_\_\_\_

**X** Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (escribir en imprenta/a máquina): \_\_\_\_\_

**X** Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

-----

'12 – '13

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS  
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ATLETISMO/DEPORTES**

**X** Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de que mi hijo(a) *sufra una lesión o enfermedad grave*, por medio de la presente doy permiso para que un médico, un entrenador o un empleado de la escuela consiga servicios médicos y/o administre cualquiera de los medicamentos marcados ***SÍ*** al dorso de esta tarjeta.

Nombre del estudiante (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_

Deporte(s) \_\_\_\_\_ Encierre en un círculo el grado a cursar en (12-13) 7 – 8 – 9 – 10 – 11- 12

Nombre de la escuela a asistir en (12-13) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular del estudiante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/ trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de la madre/trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (padres) \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_

El estudiante, ¿es alérgico a algún medicamento(s)?    Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si respondió "Sí", nombre el medicamento \_\_\_\_\_

Historia médica: Sírvase escribir el mes y el año de todo procedimiento quirúrgico, fracturas u otros problemas crónicos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR BEBIDAS CON ELECTROLITOS O MEDICAMENTOS  
ORALES**

**'12 – '13**

**MARQUE (√) “SÍ” o “NO” PARA AUTORIZAR AL ENTRENADOR DE ATLETISMO  
A QUE LE DÉ A SU HIJO(A) LO SIGUIENTE:**

		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>A.</b>	<b>Bebidas con electrolitos:</b>		
	Gatorade/Powerade _____	_____	_____
<b>B.</b>	<b>Antiinflamatorios / Calmantes:</b>		
	Ibuprofen - (Advil) _____	_____	_____
<b>C.</b>	<b>Antiinflamatorios / Calmantes:</b>		
	Acetaminophen (Tylenol) _____	_____	_____
<b>D.</b>	<b>Antiácido / Antináuseas:</b>		
	Maalox – (Ardor de estómago y acidez estomacal) _____	_____	_____
<b>E.</b>	<b>Antiácido / Antináuseas:</b>		
	Pepto-Bismol – (Ardor de estómago y náuseas) <b>TIENE ASPIRINA</b> _____	_____	_____
<b>F.</b>	<b>Pastillas para la garganta/tos:</b>		
	Cepacol – (Alivio temporal para el dolor de garganta) _____	_____	_____
<b>G.</b>	<b>Alergias – Benadryl:</b>		
	Reacciones alérgicas _____	_____	_____
<b>H.</b>	<b>Medicamento(s) o inhalador(es) recetados a su hijo(a) por un médico</b> _____	_____	_____

<<< (VÉASE AL DORSO) Sírvase llenar la INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ATLETA al dorso (VÉASE AL DORSO) >>>

## ACUSE DE RECIBO DE LAS REGLAS

---

*Atención autoridades escolares: Este formulario debe ser firmado todos los años por el estudiante y uno de los padres/tutores legales y debe estar en los archivos de su escuela antes de que el estudiante pueda participar en toda sesión de prácticas, entrenamientos o competencias. En los archivos de su escuela debe haber también una copia del formulario de historia médica y el examen físico del estudiante firmado por un médico o un formulario de historia médica firmado por el padre o tutor legal.*

### Permiso del padre o tutor legal

Por medio de la presente otorgo permiso para que el estudiante anteriormente mencionado compita en los deportes aprobados por la Liga Interescolar Universitaria y viaje con los entrenadores u otros representantes escolares.

Se entiende que aunque el deportista/atleta use equipo de protección cada vez que sea necesario, aún cabe la posibilidad de que ocurran accidentes. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela secundaria asumirán responsabilidad en caso de accidente.

He leído y entiendo las reglas de la Liga Interescolar Universitaria al dorso de esta página y estoy de acuerdo con que mi hijo(a) acate las reglas de la Liga Interescolar Universitaria.

El abajo firmante se responsabiliza por la devolución en buen estado de todo equipo deportivo/atletico asignado por la escuela al estudiante anteriormente mencionado.

Si, a juicio de todo representante escolar, el estudiante anteriormente mencionado necesita cuidado y tratamiento inmediato debido a una lesión o por enfermedad, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para que dicho cuidado y tratamiento sea administrado a dicho estudiante por un médico, un entrenador de deportistas/atletas con licencia, un enfermero, un hospital un o representante escolar; y también por medio de la presente acuerdo indemnizar y eximir a la escuela y a todo representante escolar o médico de toda reclamación por cualquier persona por tal cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

Se me ha entregado una copia del Manual de Información para Padres de la UIL sobre los asuntos de salud y seguridad, incluso las conmociones cerebrales y mis responsabilidades en mi calidad de padre o tutor legal. Entiendo que proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.

El Manual de Información para Padres de la UIL está en: [www.uilTEXAS.org/files/athletics/manuals/parent-information-manuel.pdf](http://www.uilTEXAS.org/files/athletics/manuals/parent-information-manuel.pdf).

Su firma abajo proporciona la autorización necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores, médicos asociados y personal de seguros de los estudiantes compartan toda información referente a diagnósticos y tratamientos médicos para su estudiante.

Al padre/tutor legal:

Marque (√) toda actividad en la que el estudiante tenga permiso para participar

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Béisbol                  | <input type="checkbox"/> Natación y Clavados |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto               | <input type="checkbox"/> Tenis               |
| <input type="checkbox"/> Carrera a campo traviesa | <input type="checkbox"/> Tenis/Equipo        |
| <input type="checkbox"/> Fútbol americano         | <input type="checkbox"/> Pista y Atletismo   |
| <input type="checkbox"/> Golf                     | <input type="checkbox"/> Voleibol            |
| <input type="checkbox"/> Fútbol                   | <input type="checkbox"/> Lucha libre         |
| <input type="checkbox"/> Sóftbol                  |  |



## INFORMACIÓN GENERAL

Los entrenadores escolares no podrán:

- Transportar, inscribir o enseñar a estudiantes de 7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> grado de su zona de asistencia en campamentos no escolares de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o voleibol (excepción: Ver Sección 1209 del folleto *Constitución y Reglamento de la Competencia*.)
- Proporcionar instrucción o programar prácticas para un estudiante o equipo en particular fuera de la temporada excepto en el horario programado para deportes/atletismo, para béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol o voleibol, durante el día escolar.
- Las escuelas y los clubes de apoyo no podrán proporcionar fondos, cuotas o transporte para actividades no escolares.

### REQUISITOS GENERALES PARA ELEGIBILIDAD

De acuerdo con las normas de la UIL, los estudiantes podrían ser elegibles para representar a su escuela en actividades inter escolares si:

- No tienen, o son mayores de, 19 años de edad antes del 1<sup>ro</sup> de septiembre del año lectivo actual. (Ver Sección 446 del folleto *Constitución y Reglamento de Competencias*.)
- No se han graduado de la escuela secundaria.
- Se han inscrito antes del sexto día de clase del año lectivo actual o han asistido a clases por quince días inmediatamente anteriores a una competencia universitaria (*varsity*).
- Son estudiantes de tiempo completo en la escuela secundaria participante a la que desean representar.
- Se inscribieron inicialmente en noveno grado no más de cuatro atrás.
- Cumplen con las normas académicas establecidas por la ley estatal.
- Viven con sus padres dentro de los límites de asistencia escolar del distrito durante su primer año de asistencia a la escuela. (La residencia de los padres aplica solamente a la elegibilidad de atletismo universitario.) Cuando los padres no viven dentro de la zona de asistencia escolar del distrito, el estudiante podría ser elegible si: ha asistido de forma continua por un mínimo de un año calendario y no se ha inscrito en ninguna otra escuela; no se le ha dado ningún incentivo para asistir a la escuela (por ejemplo, los estudiantes o sus padres deben pagar pensión completa cuando no viven con un familiar; los estudiantes que deben conducir para ir al distrito deben pagar su propio transporte); y si el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela no viola las normas escolares locales o de la TEA. Los estudiantes colocados por la Comisión de Jóvenes de Texas están cubiertos bajo la Residencia de Custodia (Ver sección 442 del folleto *Constitución y Reglamento de Competencias*).
- Han cumplido con todas las provisiones de la Regla de Premios.
- No han sido reclutados. (Esto no se aplica al reclutamiento por colegios universitarios según lo permite la regla.)
- No han violado ninguna provisión de la regla para los campamentos de verano. Los estudiantes que recién se hayan inscrito en los grados 10 al 12 no podrán asistir a campamentos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol o voleibol en los que un entrenador de séptimo a duodécimo grado de la zona de asistencia escolar de su mismo distrito trabaje, enseñe, transporte o inscriba a ese estudiante en el campamento. Los estudiantes que se inscribirán en 7<sup>mo</sup>, 8<sup>vo</sup> y 9<sup>no</sup> grado podrán asistir a un campamento de béisbol, de baloncesto, de fútbol americano, de fútbol, de sóftbol y de voleibol en el que un entrenador de la zona de asistencia escolar de su distrito sea empleado, por no más de seis días consecutivos, todos los veranos y en cada tipo de campamento. Los campamentos de béisbol, baloncesto, fútbol americano, fútbol, sóftbol y voleibol donde los miembros del personal escolar trabajan con sus propios estudiantes pueden llevarse a cabo en el mes de mayo (después del último día de clases), junio, julio y agosto, antes del segundo lunes del mes de agosto. Si esos campamentos están patrocinados por los miembros del personal escolar del distrito, deberán llevarse a cabo dentro de los límites de asistencia escolar del distrito y el superintendente o su representante deberá aprobar las cuotas.
- Han cumplido con todas las provisiones del Reglamento de Atletismo Aficionado. Los estudiantes no podrán aceptar dinero u otras remuneraciones valiosas (propiedad o servicios tangibles o intangibles que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por su participación en deportes/atletismo durante cualquier parte del año. Los deportistas/atletas no podrán recibir consideraciones de valor por permitir que se use su nombre para la promoción de productos, planes o servicios. Los estudiantes que inadvertidamente violen el reglamento de atletismo aficionado aceptando remuneraciones valiosas podrán volver a obtener su elegibilidad devolviendo dicha remuneración. Si los estudiantes devuelven la remuneración recibida dentro de un período de 30 días después de haber sido notificados de la violación de la regla, podrán volver a obtener su elegibilidad al devolverla. Si no la devuelven dentro del período de 30 días, permanecerán inelegibles por un año a partir de la fecha en que aceptaron dicha remuneración. Durante el período de tiempo en que los estudiantes reciben una remuneración valiosa hasta que la devuelven, no son elegibles para las competencias atléticas universitarias en el deporte en el que ocurrió la violación. La pena mínima por participar en una competencia sin ser elegible es la pérdida automática de dicha competencia.
- No se han cambiado a otra escuela con propósitos atléticos.

**Entiendo que proporcionar información falsa en los formularios de la UIL podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.**



## Liga Interestelar Universitaria

### Formulario de Acuse de Recibo/Acuerdo del Padre y el Estudiante Uso de esteroides anabólicos y Programa de pruebas aleatorias de esteroides

- Las leyes del estado de Texas prohíben la posesión, el despacho, la distribución o la administración de esteroides de manera no permitida por las leyes del estado.
- Las leyes del estado de Texas establecen también que el culturismo, desarrollo excesivo de los músculos mediante el uso de esteroides por una persona con goce de buena salud, no es un propósito médico válido.
- Las leyes del estado de Texas requieren que solo un profesional licenciado con autoridad pueda recetar esteroides a una persona.
- Toda violación de las leyes estatales referentes a los esteroides es una ofensa criminal castigada por el encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

#### ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO DEL ESTUDIANTE

Como prerrequisito para la participación en las actividades atléticas de la UIL, me comprometo a no usar esteroides anabólicos en conformidad con lo definido en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL. He leído este formulario y entiendo que se me podrá pedir que me someta a pruebas para detectar la presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo y por medio de la presente me comprometo a someterme a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado. Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides pueda ser compartido con ciertas personas en mi escuela secundaria en conformidad con el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides se mantenga en forma confidencial hasta el punto requerido por la ley. Entiendo que proporcionar información inexacta y falsa podría tener como resultado que esté sujeto a las penalidades determinadas por la UIL.

#### ACUSE DE RECIBO Y CERTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Como prerrequisito para la participación de mi estudiante en las actividades atléticas de la UIL, acuso recibo y certifico que he leído este formulario y que entiendo que mi estudiante deberá abstenerse del uso de esteroides anabólicos y que se le podrá pedir que se someta a pruebas para detectar la presencia de esteroides anabólicos en su cuerpo. Por medio de la presente certifico estar de acuerdo con que mi estudiante se someta a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado. Entiendo también y estoy de acuerdo con que el resultado de las pruebas de esteroides sea compartido con ciertas personas en la escuela secundaria de mi estudiante en conformidad con el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de la UIL que está disponible en el sitio web de la UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo que proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.

# Departamento de Atletismo de Cypress-Fairbanks

## Estándares para la deportividad

### Expectativas de los padres

Los deportes juveniles son para los jugadores. Todos los padres de familia asociados con el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks son bienvenidos a gozar de los eventos deportivos en los que participan sus hijos siempre y cuando su comportamiento no distraiga a los jugadores y a los oficiales o interrumpa el juego. Todo problema que un padre de familia pueda tener con un entrenador, un oficial o un jugador deberá ser presentado por escrito a la oficina de atletismo de la escuela y deberá ser tratado en el lugar y horario apropiados y no en la cancha o durante el partido.

#### Los padres tienen que:

- Abstenerse de hacer comentarios a los árbitros, los jugadores, los entrenadores o los espectadores del equipo contrario a menos que tenga la intención de expresar interés genuino, amistad o ánimo.
- Evitar los comentarios rudos dirigidos a los jugadores de su mismo equipo cuando comenten un error en la cancha. Ya saben lo que hicieron. Permítanles aprender de sus errores.
- Aplaudir las buenas jugadas de ambos equipos.
- Apoyar siempre a los entrenadores independientemente del resultado en la cancha o la pista. Los entrenadores contribuyen muchas horas de su tiempo a sus hijos. Se merecen sus felicitaciones cuando el equipo gana y su aliento cuando pierde.
- Permanecer siempre en el área para los espectadores.

Su cooperación y su apoyo a estas normas antes, durante y después de los partidos harán más divertidos los eventos atléticos del CFISD para todos los presentes.

#### Los padres deben:

- Abstenerse siempre de usar palabras o gestos obscenos durante los partidos.
- Evitar hacer comentario o gestos que expresen desacuerdos con las decisiones de los árbitros.
- Cooperar de inmediato con toda solicitud presentada por los oficiales de los partidos.

Todo padre que no se adhiera a estas normas deberá abandonar el área de juego. El CFISD se reserva el derecho de suspender a todo espectador que no cumpla con estas reglas para la deportividad. Esta política se aplica a todos.

Para obtener acceso a información completa e integral sobre el Programa de Victoria con Honor de Cypress-Fairbanks ISD, visite: [www.cfisd.net/athletics](http://www.cfisd.net/athletics).

## **DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS**

### **SEGURO COLECTIVO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES INTERESCOLARES**

**Grados 7 al 12**

**Revisión de Beneficios**

El Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks y sus empleados NO serán responsables de los gastos médicos contraídos por lo estudiantes como resultado de su participación en un deporte, club o actividad UIL patrocinada por el distrito aparte de lo declarado a continuación.

El Distrito ha obtenido una póliza de seguro colectivo que proporciona cobertura por lesiones accidentales. La póliza tiene un límite médico máximo anual por lesión de \$25,000 dólares y un **deducible por lesión de \$500 dólares. La póliza tiene limitaciones económicas para beneficios a pagar dependiendo del servicio médico cubierto en particular recibido. Remítase al dorso de esta página para ver una breve descripción del programa de beneficios y de los límites máximos.** Los estudiantes están cubiertos bajo esta póliza por lesiones ocurridas durante las prácticas, la participación o el traslado en un vehículo provisto por el distrito, de ida y vuelta, a actividades interescolares aprobadas para las cuales se haya pagado cobertura. La cobertura se proporciona para todos los deportes interescolares de escuela intermedia y de escuela secundaria (7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> grado), inclusive: fútbol americano, baloncesto, porristas, banda y actividades extracurriculares UIL no deportivas patrocinadas y supervisadas por el distrito. El estudiante debe ser miembro de la actividad interescolar cubierta patrocinada por el distrito y estar bajo la supervisión directa de un funcionario escolar de tiempo completo. **El pago del deducible de \$500.00 dólares por lesión aplicable a esta política y todo cargo incurrido que sobrepase el límite máximo de la póliza serán responsabilidad de los padres.** (Ver “Aviso Especial” más abajo.)

La cobertura bajo esta póliza tiene vigencia del 1<sup>o</sup> de agosto de 2011 al 31 de julio de 2012.

Esta póliza es para usarse como **cobertura en exceso** con cualquier seguro médico y/o dental (inclusive toda Organización de Proveedores Preferidos u Organización de Mantenimiento de la Salud) que la familia del asegurado tenga a disposición siendo la cobertura primaria para asegurar una cobertura global, sujeta y las limitaciones y los deducibles de la póliza. **En cualquiera de los casos, todos los deducibles y los cargos médicos que sobrepasen los límites de la póliza serán responsabilidad de los padres del estudiante.**

Todos los años en el semestre de otoño, el Distrito ofrece una Póliza de Seguro Colectivo Voluntario contra Accidentes para Estudiantes para que los padres compren. La cobertura puede comprarse bajo el plan voluntario para cobertura “En la escuela” o de “24 horas”. Para ver información sobre el plan y la inscripción en el Seguro Colectivo Voluntario contra Accidentes para Estudiantes, visitar el sitio web del distrito en [www.cfisd.net](http://www.cfisd.net) bajo “Campus Info”.

#### **AVISO ESPECIAL**

La cobertura voluntaria puede ser comprada por los padres para cobertura “En la escuela” o de “24 horas” y puede usarse para pagar hasta \$500 dólares de deducible aplicable por cada lesión cubierta bajo la póliza de seguro colectivo para Atletismo y Actividades comprada por el distrito. La Póliza de Seguro Colectivo Voluntario contra Accidentes para Estudiantes de este año es: **Nueva Compañía de Seguro: Pan-American Life Insurance Company**

Cobertura de accidente en horario escolar	Plan A - \$29.00	Plan B - \$22.00
Cobertura de accidente de 24 horas	Plan A - \$99.00	Plan B - \$68.00

Deben presentarse dos formularios de reclamación, si se presenta una reclamación en ambas pólizas de seguro Voluntario y para Atletismo y Actividades.

**Cobertura Contra Accidentes Catastróficos (Grados 7 - 12):** El Distrito ofrece también una Póliza de Seguros contra Accidentes Catastróficos con un beneficio máximo de por vida de \$6,000,000.00 por lesión. Esta póliza cubrirá todos los deportes interescolares, inclusive pero no limitado al fútbol americano. También cubre a los porristas. La Póliza de Seguros contra Accidentes Catastróficos tiene un deducible de \$25,000 por lesión que incluye todos los gastos médicos incurridos por la lesión dentro de un plazo de 24 meses de la lesión.

**Requisitos de la Póliza (UIL) para las Actividades Interescolares:** El tratamiento médico debe comenzar dentro de un plazo de noventa (90) días de la lesión.

**Formularios de reclamaciones:** Estos formularios están disponibles en el Departamento de Atletismo de todas las escuelas secundarias. Todos los formularios de reclamación inicial deben tener una declaración del entrenador supervisor o patrocinador explicando los hechos relacionados con la lesión.

*Sírvase revisar y guardar la Revisión de Beneficios al dorso.*

Suscrita por:

Enviar reclamaciones a:

**Pan American Life Insurance Company**  
601 Poydras Street  
New Orleans, Louisiana 70130

**GM-Southwest, Inc.**  
P.O. BOX 4000  
Frisco, Texas 75034  
972-377-9363  
800-381-4517

**2011-2012 PROGRAMA DE BENEFICIOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO y ACCIDENTES de ATLETISMO Y ACTIVIDADES - Grados 7 al 12**

Beneficio Máximo ..... \$25,000.00 por lesión, sujeto a los límites de beneficios enumerados abajo  
Personas Cubiertas: Todos los estudiantes de tercer y cuarto año (*Junior & Senior*) en deportes interescolásticos, incluso fútbol americano, banda, porristas y actividades extracurriculares no deportivas.  
Deducible ..... \$500.00 por lesión  
Término de la Póliza..... 1<sup>ro</sup> de agosto de 2011 – 31 de julio de 2012  
Período de Cobertura por Lesión..... 52 semanas de la fecha de la lesión

**A. BENEFICIOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA**

1. Habitación y Comida en el Hospital..... Tarifa para habitación semi-privada  
2. Cuidado Intensivo (en lugar de Habitación y Comida en el Hospital) ..... 1.5 X Tarifa para Habitación semi-privada  
3. Servicios Varios en el Hospital (todos los cargos excepto Habitación y Comida) ..... Máximo cargo U&C \$10,000  
4. Visitas Médicas no Quirúrgicas (aparte de Fisioterapia)..... Cargos U&C  
5. Tratamiento de Fisioterapia (incluye *whirlpool*, diatermia, EMS, masaje, manipulación/ajuste de cualquier forma, y/o visitas al consultorio relacionadas con ello) ..... Incluido en el beneficio de servicios varios en el Hospital  
6. Rayos X y Servicios de Radiología ..... Incluido en el beneficio de servicios varios en el Hospital  
7. Enfermera Registrada..... Cargos U&C

**B. BENEFICIOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA**

1. Cirugía del mismo día (Cargo de la Instalación) Materiales para la habitación y todos los otros gastos para cirugía ambulatoria..... U&C, hasta \$3,500 por Lesión

**C. OTROS BENEFICIOS DE ASISTENCIA AMBULATORIA**

1. Cargos de Sala de Emergencia en el Hospital ..... U&C, hasta \$500 por Lesión  
2. Rayos X y Servicios de Radiología..... U&C, hasta \$300 por Lesión  
3. *CAT Scans, MRI y Bone Scans* ..... U&C, hasta \$1,200 por Lesión  
4. Visitas Médicas no Quirúrgicas ..... U&C, hasta 5 visitas  
5. Aparatos Ortopédicos (cuando recetados por el médico para recuperarse)..... \$500  
6. Vacunas e Inyecciones (dentro de un plazo de 24 horas de la lesión) ..... U&C  
7. Medicamentos bajo receta médica ..... U&C  
8. Tratamiento de Fisioterapia (incluye *whirlpool*, diatermia, EMS, masaje, manipulación/ajuste de cualquier forma, y/o visitas al consultorio relacionadas con ello)..... \$50 por visita, máximo de 20 visitas  
9. Servicio de Ambulancia (Aérea o por Tierra)..... hasta \$1,000 por Lesión  
10. Reemplazo de Anteojos (si se recibe atención médica por una lesión cubierta)..... U&C  
11. Equipo Médico Duradero (Solo después de una cirugía) ..... hasta \$300 por Lesión

**D. OTROS SERVICIOS MÉDICOS**

1. Tratamiento Dental (en lugar de todo otro beneficio médico, inclusive Rayos X de dientes naturales sanos)..... U&C, hasta \$5,000 por Lesión  
2. Atención Médica por Servicios Quirúrgicos (Interno o Ambulatorio; incluye atención antes/después de la cirugía por fracturas, dislocaciones o reparación de laceraciones) ..... U&C, hasta \$5,000 por Lesión  
3. Cargos del Médico o Cirujano Asistente (Interno o Ambulatorio)..... 25% de lo Asignado para la Cirugía  
4. Cargos de Anestesia (Interno o Ambulatorio) ..... 25% de lo Asignado para la Cirugía

**E. LESIÓN POR ACCIDENTE EN VEHÍCULO MOTORIZADO**..... Igual que cualquier lesión, hasta \$5,000

**F. OTROS BENEFICIOS** – El Agotamiento y la Apoplejía por Calor se cubrirán como toda otra lesión.

**G. MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO** – Cuando la lesión cubierta por esta póliza resulta en Muerte Accidental o Desmembramiento dentro de un plazo de 180 días de la fecha del accidente, se pagarán los siguientes beneficios.

Pérdida de Vida .....	\$ 2,000	Desmembramiento Doble.....	\$10,000
Pérdida de un Ojo.....	\$ 2,000	Desmembramiento Solo.....	\$ 2,000

Los Cargos Usuales y Razonables (U&C) para Servicios Cubiertos son determinados basados en el percentil 75 del cuestionario publicado más recientemente por "Ingenix" para tales Servicios Cubiertos.

Cuando este seguro es exceso y otro plan médico proporcionando beneficios médicos a un asegurado es un plan HMO o PPO y el asegurado no usa las instalaciones o servicios del plan HMO o PPO o no obtiene la preautorización requerida para cuidado alternativo, esta póliza pagará solo beneficios por gastos incurridos en exceso de aquellos gastos que hubiesen sido pagados por el plan HMO o PPO, si el asegurado hubiese usado el proveedor del HMO o PPO.

Esta revisión de beneficios no es un contrato de seguro.  
La Póliza Maestra se encuentra en los archivos del Departamento de Seguros de Cypress-Fairbanks ISD.