



BETHLEHEM

AREA SCHOOL DISTRICT

Nueva información física atlética electrónica:

***A partir de este invierno, nos trasladaremos completamente en línea para las formas físicas atléticas.**

***Lo que usted como padre necesita saber:**

Siga las instrucciones en la parte posterior de esta página después de visitar el siguiente sitio web: <https://studentcentral.bigteams.com/>

Una vez que cree su cuenta de padre, vinculará las cuentas de sus estudiantes a la suya.

Complete toda la página de Contacto de Emergencia con su información

Haga clic en Formularios (lado izquierdo), luego en Formularios atléticos

Complete las Secciones 1 a 5 y el formulario de HIPAA y Consentimiento para tratar y

formulario de carta de estrategia BASD con su firma y luego haga que su estudiante firme

usando su cuenta (puede cambiar a la cuenta de su estudiante en la parte superior de la página)

Imprima la Sección 5 y la Sección 6 (Formulario médico físico PIAA) y tráigala a la noche

del examen físico en Liberty HS el martes 24 de octubre.

Después de que el médico complete la Sección 6, tome una fotografía y cárguela en su cuenta.

(el formador mantendrá el documento físico archivado en su oficina)

Fechas físicas y detalles:

- **Martes, 20 de Febrero de 2024 de 5:00 pm a 7:00 pm. (En el gimnasio auxiliar de Liberty High School)**
- **Jueves, 15 de Febrero de 2024 de 5:00 pm a 7:30 pm. (En el gimnasio principal de Freedom High School)**
- **COSTO: GRATIS**
- **REGÍSTRESE AQUÍ:**
- **<https://www.signupgenius.com/go/70A0944AAA92FA7FA7-47295886-basd>**

***Si su estudiante practicó un deporte en otoño o realizó un examen físico en el verano, siga estos pasos:**

Siga las instrucciones en la parte posterior de esta página después de visitar el siguiente sitio web: <https://studentcentral.bigteams.com/>

Una vez que cree su cuenta de padre, vinculará a su(s) estudiante(s) cuentas a la tuya.

Complete toda la página de Contacto de Emergencia con su información

Haga clic en el deporte de otoño que practicó y en cualquier deporte de invierno/primavera que probará.

Haga clic en Formularios (lado izquierdo), luego en Formularios atléticos

Los formularios 1-6, HIPPA y Consentimiento se marcarán como incompletos; haga clic en el Formulario 7, que es el formulario de recertificación y complete todas las áreas.

Sección 7: Recertificación por parte del padre/tutor (primavera)

Si usted tiene preguntas póngase en contacto con la señora María Guzman en mguzman@basdschools.org o 610-691-7200, extensión 50951.



BigTeams Student Central

Padres – Guía de ayuda para crear su cuenta de estudiante

1. Ir a <https://studentcentral.bigteams.com/>
2. Haga clic en **Registrarse para crear una nueva** cuenta y completar la creación de la cuenta de cuatro pasos.
 1. ¿Para quién es esta cuenta? Seleccione Padre/Tutor
 2. ¿En qué escuela te estás inscribiendo? Ingrese el nombre de la escuela a la que asiste su estudiante participante más antiguo
 3. Ingrese su información personal para su cuenta de padre/tutor
 4. Ingrese el nombre de usuario (correo electrónico) y la contraseña
3. Desde la página Cuentas vinculadas en **Mi perfil**, haga clic en "+ Vincular cuenta de estudiante"
4. Busca a tu estudiante para ver si ya ha creado una cuenta.
 1. **NOTA:** Consulte el menú de autoayuda para obtener la "Guía de vinculación de cuentas"
5. Si su estudiante no tiene una cuenta, haga clic en el hipervínculo " Si su estudiante NO tiene una cuenta O aún no tiene 13 años, haga clic AQUÍ" y complete los cinco pasos para crear la cuenta de estudiante
6. Una vez creado, asegúrese de ingresar su información de **CONTACTO DE EMERGENCIA** (Navegación izquierda en Mi perfil) y luego complete los requisitos del formulario yendo a **FORMULARIOS ATLÉTICOS**
7. Después de firmar los formularios como padre, vuelva a Mi perfil seguido de Cuentas vinculadas, y haga que sus estudiantes usen el botón Iniciar sesión para completar los requisitos de "En espera de firma de atleta".
 1. **NOTA:** Consulte el menú de autoayuda para la guía de ayuda "(Regresando) Estudiante/Padre "Iniciar sesión como" característica"
8. Una vez que se aprueben sus formularios, se enviará una notificación a su dirección de correo electrónico y / o número de teléfono móvil indicados. La configuración de notificaciones se puede ajustar yendo a **Mi perfil** seguido de **Notificaciones**

Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarró de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Mano / Dedos Pecho			46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superior de la espalda Espalda baja Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/espinilla Tobillo Pie			Preguntas sobre la menstruación: si corresponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			50. ¿Cuándo fue su última menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del estudiante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del padre / guardian _____ Fecha ____ / ____ / ____

SECCIÓN 6: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO

Debe ser completado y firmado por el Examinador Médico Autorizado (AME por sus siglas en inglés) que realiza la evaluación física inicial comprensiva (CIPPE por sus siglas en inglés) del estudiante nombrado en la presente y entregado al Director, o su designado, de la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en el (los) deporte(s) de la escuela _____

Altura _____ Peso _____ % Grasa Corporal (opcional) _____ Arteria Braquial BP _____ / _____ (_____ / _____ , _____ / _____) RP _____

Si la presión arterial arteria braquial (BP) o pulso en reposo (RP por sus siglas en inglés) están arriba de los siguientes niveles, se recomienda una evaluación adicional del estudiante por su medico de cuidado principal.

Edades 10-12: BP: >126/82, RP: >104; **Edad 13-15:** BP: >136/86, RP >100; **Edad 16-25:** BP: >142/92, RP >96

Visión: R 20/ _____ L 20/ _____ Corregido: Si NO (encierre uno) Pupilas: Igual _____ Desigual _____

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Ruidos cardíacos para excluir la coartación de la aorta <input type="checkbox"/> Estigmas físicos del síndrome de Marfan
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Regrese		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL de SALUD, elaboré una evaluación física inicial de preparticipación del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal evaluación y del HISTORIAL de SALUD del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la sección 2 del formulario de evaluación física inicial comprensiva de preparticipación PIAA.

AUTORIZADO **AUTORIZADO**, con recomendación(es) para evaluación o tratamiento futuro para: _____

NO AUTORIZADO para los siguientes tipos de deportes (por favor marque aquellos que aplican):

Impacto Contacto Sin contacto Vigoroso Vigoroso Moderado No Vigoroso

A causa de _____

Recomendación(es)/Remisión(es) _____

Nombre AME (use letra de molde/mecanografía) _____ Núm de licencia _____

Dirección _____ Teléfono (_____) _____

Firma AME _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (encierre uno) Certificación Fecha de CIPPE ____/____/____