

Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina (South Carolina High School League), los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2021 hasta el final del año escolar 2021 - 2022.



¿Quiere practicar un deporte en 2021 - 2022 ? ¡ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE!

Estimado(a) padre/madre/tutor:

En 2017, Horry County Schools (HCS) implementaron un nuevo sistema de registro electrónico para hacer deportes. Los padres y los estudiantes deben crear una cuenta en línea y completar el paquete en línea sobre el estado físico previo a la participación. Este paquete en línea debe completarse antes de permitir cualquier participación en actividades deportivas. Para completar este proceso, siga las instrucciones que se describen abajo.

Si ya ha completado previamente una cuenta para padres y estudiantes en **PlanetHS** o **ArbiterAthlete**, simplemente inicie sesión usando el mismo nombre de usuario y contraseña de la cuenta y complete la información requerida para 2021-2022. **Si no recuerda la información de su cuenta, comuníquese con el Departamento de Deportes de la escuela de su hijo.**

NO CREE UNA SEGUNDA CUENTA SI HA OLVIDADO SU CONTRASEÑA.

Visite www.PlanetHS.com y haga clic en "Sign up" (Registrarse) o "Log in" (Iniciar sesión). También puede enviar un mensaje de texto con el código de la escuela (vea más abajo) al **69274** para registrarse. **No cree ninguna cuenta ni firme ningún formulario antes del 1 de abril de 2021.**

TANTO los padres **COMO** los estudiantes deben crear cuentas separadas y luego **VINCULAR** ambas cuentas. Consulte las siguientes instrucciones sobre cómo vincular las cuentas de los padres y los estudiantes, y cómo completar los formularios con información sobre el estado físico en línea.

Registro de la cuenta del deportista y de los padres y llenado del formulario previo a la participación

- Diríjase a www.PlanetHS.com y haga clic en "Sign up" (Registrarse).
- Los padres **Y** el estudiante deberán crear cuentas separadas.
 - Los estudiantes deben escribir su primer nombre, segundo nombre y apellido **legales**.
 - A los estudiantes se les recomienda que utilicen su correo electrónico y contraseña de HCS.**
Por ejemplo: Jsmith@g.horrycountyschools.net
 - Elija la escuela secundaria en la que participará el estudiante. Más adelante, podrá agregar una escuela intermedia.
- Una vez que haya iniciado sesión en la cuenta de los padres o del estudiante:
 - Complete la información de emergencia.
 - Haga clic en "Athletic Forms" (Formularios para actividades deportivas).
 - Haga clic en "Athletic Participation" (Participación en actividades deportivas).
 - Desplácese hacia abajo y **haga clic** en "**Link Accounts**" (Vincular cuentas) y escriba la dirección de correo electrónico o el número de teléfono del padre/de la madre/del estudiante que necesite vincularse.
- La otra persona recibirá un correo electrónico/mensaje de texto para confirmar la vinculación de las cuentas. Esta persona verá la invitación y **hará clic** en "**Approve**" (Aprobar).
- Una vez que las cuentas estén vinculadas, seguirá los pasos B y C nuevamente y luego se desplazará hasta el final de la página.
- Haga clic en cada uno de los formularios y complételos como corresponda.**
- El formulario de **EXAMEN FÍSICO** y el **CERTIFICADO DE NACIMIENTO** deberán cargarse como un documento o una imagen clara (asegúrese de que sea la página del examen físico con la firma del médico, no necesitamos las demás páginas).
- Tanto los padres como el estudiante** tendrán que hacer clic en los enlaces a cada formulario desde sus cuentas separadas porque se requerirán ambas firmas antes de la aprobación.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el director de deportes o el entrenador deportivo de la escuela en la que participará.

Códigos de texto de las escuelas para PlanetHS

Anyor HS **S564** Carolina Forest HS **S688** Conway HS **S700** Green Sea Floyds HS **S591** Loris HS **S723**
Myrtle Beach HS **S637** North Myrtle Beach HS **S653** Socastee HS **S623** St. James HS **S640**

Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2021 hasta el final del año escolar 2021 -2022.

Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2021 hasta el final del año escolar 2023- 2024.

HORRY COUNTY SCHOOLS

CUESTIONARIO DE SALUD PREVIO A LA PARTICIPACIÓN PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS/EXTRACURRICULARES

Nombre: _____ Nombre de PILA, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO Sexo: M F Grado: 7 8 9 10 11 12 Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año

(Año escolar 2023-2024)

Deportes que planea jugar / Entender en un círculo todas las opciones que correspondan) Fútbol americano, Béisbol, Softball, Voleibol, Lucha libre, Esquí de fondo, Fútbol, Atletismo, Natación, Golf, Lacrosse, Animación, Tenis, NINJUTS, Equipo de danza

Antecedentes de salud (Responda TODAS las preguntas marcando las casillas que indican SÍ o NO. Explique TODAS las respuestas afirmativas en el espacio de abajo).

ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD:		SÍ	NO	No sabe
1.	¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA MÉDICO O LESIÓN FÍSICA DESDE SU ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿TIENE ASMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿TIENE DIABETES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿TIENE PRESIÓN ALTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿TIENE CONVULSIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿TIENE RASGO DE CÉLULAS ALICORMES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿TIENE ALGUN OTRO PROBLEMA MÉDICO IMPORTANTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿ALGUN VEZ HA SIDO HOSPITALIZADO O HA TENIDO UNA CIRUGÍA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿TIENE TOS, SIBILIDOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL HACER EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿UTILIZA INHALADOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿TIENE UN ÚNICO ÓRGANO TESTICULO O RIÑÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O TOMA ALGUNO CON REGULARIDAD (CON RECETA O DE VENTA LIBRE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿ALGUN VEZ HA TOMADO ALGUN SUPLENTO O VITAMINAS PARA AYUDAR A PERDER PESO, AUMENTAR DE PESO O MEJORAR EL RENDIMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿TIENE ALGUN ALEGRÍA ESTACIONAL, A INSECTOS, COMIDAS O MEDICAMENTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿ALGUN VEZ HA TENIDO UNA ERUPCIÓN O URTICARIA DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿ALGUN VEZ HA SUFRIDO UNA LESIÓN EN LA CABEZA, LO HAN GOLPEADO, HA PERDIDO LA MEMORIA, HA PERDIDO LA CONSCIENCIA, BREVEMENTE O HA TENIDO UNA CONUSIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿ALGUN VEZ HA SUFRIDO UNA LESIÓN EN LA PIEL, DIFERENTE DEL ACNE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿ALGUN VEZ HA SENTIDO UN ENTUMECIMIENTO U HORRIBILIGO EN LOS BRAZOS, MANOS, BIENAS O PIES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿ALGUN VEZ HA TENIDO UNA PUNCIÓN, ABBOR O INZAMIENTO EN UN NERVIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	¿ALGUN VEZ SE HA ENFERMADO POR HACER EJERCICIO CUANDO HACE CALOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS, ¿HA TENIDO MONONUCLEOSIS O ALGUNA ENFERMEDAD SIGNIFICATIVA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	¿TIENE PROBLEMAS EN LOS OJOS/LA VISIÓN O UTILIZA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN O UTILIZA AUDÍFONOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿QUIERE PESAR MÁS O MENOS QUE ANTORA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	¿PIERDE PESO CON REGULARIDAD PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PESO DE SU DEPORTE U OTROS MOTIVOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	¿SE SIETE ESTRESADO, MUY CANSADO O DEPRIMIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	¿EXISTE ALGUN OTRO PROBLEMA SOBRE EL QUE LE GUSTARÍA HABLAR CON EL MÉDICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES CARDIACOS:

1.	¿ALGUN VEZ UN MÉDICO LE HA DICHADO O RESTRINGIDO SU PARTICIPACIÓN EN LOS DEPORTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿ALGUN VEZ UN MÉDICO LE HA SOLICITADO UNA PRUEBA DE CORAZÓN POR EMBOLIO, ECG/TEG, ECG/CARDIOGRAMA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿ALGUN VEZ SE HA DESMAYADO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿ALGUN VEZ SE HA MARRADO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿ALGUN VEZ HA TENIDO DOLOR DE PECHO O HA SENTIDO PRESIÓN EN EL PECHO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿SE CAUSA FACILMENTE O MÁS RÁPIDO QUE SUS AMIGOS DURANTE EL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿ALGUN VEZ HA TENIDO PALPITACIONES O ARRITMIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿ALGUN VEZ LE DIERON QUE TENIA UN SOPLO EN EL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿ALGUN VEZ LE DIERON QUE TENIA AGRAVAMIENTO DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA... - MURIÓ POR PROBLEMAS DEL CORAZÓN O MUERTE SUBITA ANTES DE LOS 50 AÑOS? - TUVO UN PROBLEMA CARDIACO GRAVE ANTES DE LOS 50 AÑOS? - TIENE CARDIOMIOPATÍA HIPERTROFICA, SINDROME DE QT LARGO O CUALQUIER OTRA ARRITMIA O CONDICIÓN CARDIACA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES URTEDICOS:

1.	¿ALGUN VEZ SE HA QUERBRADO O FRACTURADO ALGUN HUESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿ALGUN VEZ SE HA DISLOCADO DE MANERA TOTAL O PARCIAL ALGUNA ARTICULACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO? <input type="checkbox"/> - CUELLO <input type="checkbox"/> - COLUMNA O ESPALDA <input type="checkbox"/> - HOMBROS <input type="checkbox"/> - Codos <input type="checkbox"/> - MUÑECAS, MANOS O DEODOS <input type="checkbox"/> - CADERAS <input type="checkbox"/> - RODILLAS <input type="checkbox"/> - Tobillos, PIES O DEODOS DEL PIE <input type="checkbox"/> - OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿CUALQUIER OTRA LESIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿CUANDO FUE SU ÚLTIMO PERIODO? MES _____ AÑO _____

Explice las respuestas afirmativas anteriores en este espacio: _____

Firma del estudiante deportista: _____ Fecha de la firma: _____
Firma del estudiante deportista: _____ Fecha de la firma: _____

*Una fotocopia o facsímil de este documento se considerará igual que el documento original.

Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2023 hasta el final del año escolar 2023- 2024.

HORRY COUNTY SCHOOLS

EXAMEN DE CONTROL DE LA SALUD PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: M F

Grado: 7 8 9 10 11 12

(Año escolar 2023- 2024)

Altura _____	Peso _____	Pulso _____	Respiración _____
PA BRAQUIAL I _____ / _____	PA BRAQUIAL D _____ / _____	Visión 1 20/ _____ D 20/ _____ Corregida (ENCIERRE EN UN CÍRCULO): SÍ No si la respuesta es afirmativa, ¿con qué? (ENCIERRE EN UN CÍRCULO) Anteojos Lentes de contacto	
SALUD GENERAL			
CARDIOPULMONAR	NORMAL		HALLAZGOS ANORMALES
PULSOS (INCLUIDO EL FEMORAL)	NORMAL		INICIALES
CORAZÓN (POSICIÓN SUPINA, SENTADO, PARADO Y DURANTE MANIOBRA DE VALSALVA)	NORMAL		INICIALES
ESTIGMAS FÍSICOS DEL SINDROME DE MARFAN	NORMAL		INICIALES
PULMONES	NORMAL		INICIALES
PIEL	NORMAL		INICIALES
ABDOMEN	NORMAL		INICIALES
MUSCULOESQUELETICO	NORMAL		INICIALES
CUELLO	NORMAL		INICIALES
HOMBROS	NORMAL		INICIALES
CODOS	NORMAL		INICIALES
MUÑECAS	NORMAL		INICIALES
MANOS	NORMAL		INICIALES
ESPALD/COLUMNA	NORMAL		INICIALES
CADERA/PELVIS	NORMAL		INICIALES
RODILLAS	NORMAL		INICIALES
Tobillos	NORMAL		INICIALES
PIES	NORMAL		INICIALES
ENCÍAS Y LENGUA	NORMAL		INICIALES
DIENTES	NORMAL		INICIALES
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	NORMAL		INICIALES

Autorización (marque una opción):

- AUTORIZADO
- AUTORIZADO DESPUÉS de completar la evaluación/el tratamiento para: _____
- NO AUTORIZADO para hacer deporte/actividad (enumerar) _____
- NO AUTORIZADO PARA PARTICIPAR EN NINGUN TIPO DE DEPORTE debido a: _____

Otras recomendaciones: _____

Nombre del consultorio del médico: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del médico examinador: _____

Firma del médico examinador: _____ MD, DO, PAC, NP Fecha: _____

Los formularios con información sobre el estado físico DEBEN estar firmados por un médico con licencia (MD), un médico en medicina osteopática (DO), un asistente médico certificado (PAC) o un enfermero practicante (NP) que ejerza bajo la supervisión de un MD o DO con licencia de South Carolina.