

HOPATCONG HIGH SCHOOL
ATHLETIC DEPARTMENT

ANNUAL PHYSICAL PACKET

All students wishing to participate in Athletics at Hopatcong High School must complete all parts of the registration process.

Step 1 Hopatcong ATHLETICS PHYSICAL PACKET

- Fill out ALL parts of the Annual Physical Packet.

• Cover page	• Concussion & Head Injury Fact Sheet sign off
• Athletic Participation Form	• Random Steroid Testing Consent Form
• Preparation Physical Evaluation History Form	• Opioid Video sign off sheet
• Health History Update Questionnaire	• Sudden Cardiac Death Pamphlet sign off
• Random Drug Testing Consent Form	

- Bring this packet with you to your physical to be completed by your physician.
- Completed ATHLETICS PHYSICAL PACKET must be turned into the school nurse.

Step 2 Read Only (DO NOT PRINT THESE FORMS)

- forms can be found at <https://shorturl.at/mFJN0>

• NJSIAA Concussion Policy	• NJSIAA Steroid Testing Policy
• Hopatcong BOE Concussion Policy	• Sudden Cardiac Death in Young Athletes Information
• HHS Concussion Protocol	• Sports-Related Eye Injuries Information
• Hopatcong BOE Random Drug Testing Policy	• Opioid Use and Misuse Information & Video

By signing below, I acknowledge I have completed, read, and understand all information stated in Step 1 and Step 2 above.

PARENT/GUARDIAN/STUDENT CONSENTS

_____ has my permission to participate in all interscholastic sports checked below (Name of Athlete)

FALL

- ___ Football
- ___ Cheerleading
- ___ Marching Band
- ___ Soccer (G)(B)
- ___ Tennis (G)
- ___ Cross Country (G)(B)

WINTER

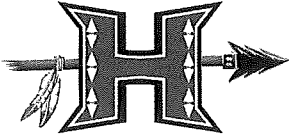
- ___ Basketball (G)(B)
- ___ Wrestling (G)(B)
- ___ Competition Cheer
- ___ Ice Hockey

SPRING

- ___ Baseball
- ___ Softball
- ___ Track (G) (B)
- ___ Tennis (B)

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Signature: _____ Date: _____



**ESCUELA SECUNDARIA HOPATCONG
DEPARTAMENTO DE ATLÉTICO**

PAQUETE FÍSICO ANUAL

Todos los estudiantes que deseen participar en atletismo en Hopatcong High School deben completar todas las partes del proceso de inscripción.

Paso 1 PAQUETE FÍSICO DE ATLETISMO Hopatcong

- Complete **TODAS** las partes del Paquete Físico Anual.

<ul style="list-style-type: none"> • Portada 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de la hoja informativa sobre conmociones cerebrales y lesiones en la cabeza
<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de participación atlética 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de consentimiento para pruebas aleatorias de esteroides
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación Formulario de Historial de Evaluación Física 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de aprobación de vídeo sobre opioides
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de actualización del historial médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del folleto sobre muerte súbita cardíaca
<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de consentimiento para pruebas de drogas aleatorias 	

- Lleve este paquete a su examen físico para que lo complete su médico.
- El **PAQUETE FÍSICO DE DEPORTES** completado debe entregarse a la enfermera de la escuela.

Paso 2 Sólo lectura (NO IMPRIMIR ESTOS FORMULARIOS)

- los formularios se pueden encontrar en <https://shorturl.at/mFJNO>

<ul style="list-style-type: none"> • Política de conmoción cerebral de NJSIAA 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de pruebas de esteroides de la NJSIAA
<ul style="list-style-type: none"> • Política de conmoción cerebral de Hopatcong BOE 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre muerte súbita cardíaca en atletas jóvenes
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de conmoción cerebral del HHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre lesiones oculares relacionadas con los deportes
<ul style="list-style-type: none"> • Política de pruebas aleatorias de drogas de Hopatcong BOE 	<ul style="list-style-type: none"> • Información y vídeo sobre el uso y uso indebido de opioides

Al firmar a continuación, reconozco que he completado, leído y comprendido toda la información indicada en los Pasos 1 y 2 anteriores.

CONSENTIMIENTOS DEL PADRE/TUTOR/ESTUDIANTE

_____ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares marcados a continuación (Nombre del atleta)

<u>CAER</u>	<u>INVIERNO</u>	<u>PRIMAVERA</u>
___ Fútbol americano	___ Baloncesto (G)(B)	___ Béisbol
___ Animadoras	___ Lucha libre (G)(B)	___ Softbol
___ Banda de marcha	___ Aplausos de competencia	___ Pista (G) (B)
___ Fútbol (G)(B)	___ Hockey sobre hielo	___ Tenis (B)
___ Tenis (G)		
___ Campo a través (G)(B)		

Firma de los padres: _____ **Fecha:** _____

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Physical Date _____

Nurse _____
Guidance _____ # _____
AD _____

HOPATCONG HIGH SCHOOL ATHLETIC PARTICIPATION FORM

ATHLETE'S NAME: _____ GRADE _____

ADDRESS: _____

DATE OF BIRTH: _____ PLACE OF BIRTH: _____

I hereby consent for my child to compete in _____ for the 20____ season.
SPORT

I give my permission for him / her to practice, play and travel as a member of this team. I realize that such activities involve the potential of injury. I acknowledge that even with the best coaching, the most advance protection equipment, and strict observation of rules, injuries can be severe.

I also realize that when medical attention is necessary, the Hopatcong Board of Education insurance may only pay for the portion not covered by my insurance company. ("In Excess Policy")

My insurance company is _____

Policy Number: _____

If, for some reason, I lose my insurance coverage, I will notify the school at once in writing of this loss of coverage.

My son / daughter has had the following medical problems. (Please mark with an X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recent history of fatigue, undue tiredness | <input type="checkbox"/> History of family member having a sudden death |
| <input type="checkbox"/> Athletic injuries (sprain, fracture, dislocation) | <input type="checkbox"/> Allergies (hives, asthma, bee stings) |
| <input type="checkbox"/> Head injury (concussion, loss of consciousness, Frequent headaches) | <input type="checkbox"/> Surgery |
| <input type="checkbox"/> Neurological problems (seizures, fainting spells) | <input type="checkbox"/> Medication on regular basis and reason |
| <input type="checkbox"/> Heart problems (murmur, high or low blood pressure, palpitations, frequent chest pains) | <input type="checkbox"/> Medically advised not to participate in a specific sport |
| | <input type="checkbox"/> Physician's care now and reason |

Please comment more fully and give dates for any of the above marked with an X, also any hospitalizations, etc.

DATE: _____ SIGNATURE: _____ (Parent / Guardian)

HOME PHONE: _____ BUSINESS PHONE: _____

I understand that in order to participate in _____ I must:
SPORT

1. Have passed a comprehensive medical examination given by the school's physician or my family doctor.
2. Have on file with the School Nurse written proof of this medical examination.
3. Have read the Hopatcong Athletic Handbook and will abide by all rules and regulations explained in the handbook.
4. Be academically eligible in accordance with Hopatcong High School and State regulations (refer to Handbook).

Date _____ Student's Signature _____

PHYSICIAN'S USE ONLY

I have completed a comprehensive physical on the above named student and found his / her physical condition such that he / she **MAY / MAY NOT PARTICIPATE IN INTERSCHOLASTIC SPORTS.**

Date _____ Physician's Signature _____

ATTENTION PARENT/GUARDIAN: The preparticipation physical examination (page 3) must be completed by a health care provider who has completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION HISTORY FORM

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep a copy of this form in the chart.)

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

Do you have any allergies? Yes No If yes, please identify specific allergy below.

Medicines Pollens Food Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infections Other: _____		
3. Have you ever spent the night in the hospital?		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No
13. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)?		
14. Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?		
20. Have you ever had a stress fracture?		
21. Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability? (Down syndrome or dwarfism)		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
28. Is there anyone in your family who has asthma?		
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
34. Have you ever had a head injury or concussion?		
35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
36. Do you have a history of seizure disorder?		
37. Do you have headaches with exercise?		
38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
44. Have you had any eye injuries?		
45. Do you wear glasses or contact lenses?		
46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
47. Do you worry about your weight?		
48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
50. Have you ever had an eating disorder?		
51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
FEMALES ONLY		
52. Have you ever had a menstrual period?		
53. How old were you when you had your first menstrual period?		
54. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

©2010 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.

HE0503

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

9-2681/0410

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente _____

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.
 Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identificala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente: <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inaplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufrir alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrofica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúe)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Nacióste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) Infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depranocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

©2010 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.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L. 2013, c.71

SÓLO PARA MUJERES		Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?			
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?			
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?			

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí".

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están complejas y son correctas.

Firma del atleta _____
 Firma del padre/madre/tutor legal _____
 Fecha _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS: SUPPLEMENTAL HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any 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 with 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 if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
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 above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practice nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

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, 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 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 (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP / (/)	Pulse	Vision R 20/ L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date of exam _____
 Address _____ Phone _____
 Signature of physician, APN, PA _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

- Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____ (Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____
Address _____ Phone _____
Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____

**New Jersey Department of Education
Health History Update Questionnaire**

Name of School: _____

To participate on a school-sponsored interscholastic or intramural athletic team or squad, each student whose physical examination was completed more than 90 days prior to the first day of official practice shall provide a health history update questionnaire completed and signed by the student's parent or guardian.

Student: _____ Age: _____ Grade: _____

Date of Last Physical Examination: _____ Sport: _____

Since the last pre-participation physical examination, has your son/daughter:

1. Been medically advised not to participate in a sport? Yes No

If yes, describe in detail:

2. Sustained a concussion, been unconscious or lost memory from a blow to the head? Yes No

If yes, explain in detail:

3. Broken a bone or sprained/strained/dislocated any muscle or joints? Yes No

If yes, describe in detail.

4. Fainted or "blacked out?" Yes No

If yes, was this during or immediately after exercise?

5. Experienced chest pains, shortness of breath or "racing heart?" Yes No

If yes, explain

6. Has there been a recent history of fatigue and unusual tiredness? Yes No

7. Been hospitalized or had to go to the emergency room? Yes No

If yes, explain in detail

8. Since the last physical examination, has there been a sudden death in the family or has any member of the family under age 50 had a heart attack or "heart trouble?" Yes No

9. Started or stopped taking any over-the-counter or prescribed medications? Yes No

10. Been diagnosed with Coronavirus (COVID-19)? Yes No

If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter symptomatic? Yes No

If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter hospitalized? Yes No

Date: _____ Signature of parent/guardian: _____

Please Return Completed Form to the School Nurse's Office

9/28/22

Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? Sí No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Sí No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado algún músculo o articulación?

Sí No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Sí No

¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí No

En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Sí No

Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí No

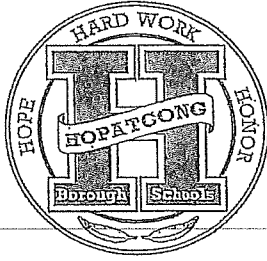
10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí No

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.



Hopatcong Borough Schools

Stephanie Martinez, Principal

Hopatcong High School

973-770-8850

Consent to Participate in Random Testing for Student Alcohol or Other Drug Use Program

Student Name (Please Print) _____ Grade _____

We hereby consent to permit the above named student to participate in the **Random Testing for Student Alcohol or Other Drug Use Program** as approved by the Hopatcong School District. In issuing consent, we permit the student above named to undergo saliva testing for the presence of alcohol or other drugs as outlined in district policy.

We understand that a qualified vendor will oversee the collection process.

We understand that any saliva samples will be sent only to a certified laboratory for testing and that the samples will be coded to provide confidentiality.

We hereby give consent to the vendor selected by the Hopatcong School District to perform saliva testing for the presence of alcohol or other drugs as named in district policy.

We further give permission to the vendor selected by the Hopatcong School District to release all results of these tests to the Medical Review Officer working for the vendor. We understand these results will be forwarded to the Building Principal and will also be made available to us.

We understand that this consent agreement will be in effect for a period of twelve months from the date listed below.

We understand that the analysis of the specimen conducted will include the following substances and be based on the following levels. See: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330962/> and <https://www.alliance2020.com/wp-content/uploads/Drug-Testing-Cutoff-Levels.pdf> and <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6807119/> Although the below table identifies the normal set of drugs tested, Policy 5536 suggests this list can be limited when the sample size must be expanded.

Substance	Screen/Initial Level	Confirmation Level
AMPHETAMINES	500 ng/ml	250 ng/ml
COCAINE METABOLITE	300 ng/ml	150 ng/ml
ETHANOL	40 ng/ml	21 ng/ml
MARIJUANA METABOLITE	50 ng/ml	20 ng/ml
OPIATES	2000 ng/ml	2000 ng/ml
OXYCODONES	100 ng/ml	50 ng/ml
PHENCYCLIDINE	25 ng/ml	25 ng/ml

Student Signature: _____ Date: _____

Parent Signature: _____ Date: _____



Hopatcong Borough Schools

Stephanie Martinez, Principal

Hopatcong High School

973-770-8850

Consentimiento para participar en pruebas aleatorias para el programa de uso de alcohol u otras drogas para estudiantes

Nombre del estudiante (letra de imprenta) _____ Grado _____

Por la presente damos nuestro consentimiento para permitir que el estudiante mencionado anteriormente participe en las **Pruebas aleatorias para el programa de consumo de alcohol u otras drogas de los estudiantes** según lo aprobado por el Distrito Escolar de Hopatcong. Al emitir el consentimiento, permitimos que el estudiante mencionado anteriormente se someta a pruebas de saliva para detectar la presencia de alcohol u otras drogas, como se describe en la política del distrito.

Entendemos que un proveedor calificado supervisará el proceso de recolección.

Entendemos que cualquier muestra de saliva se enviará sólo a un laboratorio certificado para su análisis y que las muestras se codificarán para brindar confidencialidad.

Por la presente damos consentimiento al proveedor seleccionado por el Distrito Escolar Hopatcong para realizar pruebas de saliva para detectar la presencia de alcohol u otras drogas como se indica en la política del distrito.

Además, damos permiso al proveedor seleccionado por el Distrito Escolar de Hopatcong para divulgar todos los resultados de estas pruebas al Oficial de Revisión Médica que trabaja para el proveedor. Entendemos que estos resultados se enviarán al director del edificio y también estarán disponibles para nosotros.

Entendemos que este acuerdo de consentimiento estará vigente por un período de doce meses a partir de la fecha que se indica a continuación.

Entendemos que el análisis del espécimen realizado incluirá las siguientes sustancias y se basará en los siguientes niveles. Ver: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330962/> y

<https://www.alliance2020.com/wp-content/uploads/Drug-Testing-Cutoff-Levels.pdf> y

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6807119/> Aunque la siguiente tabla identifica el conjunto normal de medicamentos analizados, la Política 5536 sugiere que esta lista puede limitarse cuando se debe ampliar el tamaño de la muestra.

Sustancia	Pantalla/Nivel inicial	Nivel de confirmación
ANFETAMINAS	500ng/ml	250ng/ml
METABOLITO DE COCAÍNA	300ng/ml	150ng/ml
ETANOL	40ng/ml	21ng/ml
METABOLITO DE LA MARIHUANA	50ng/ml	20ng/ml
OPIÁCEOS	2000ng/ml	2000ng/ml
OXICODONAS	100ng/ml	50ng/ml
FENCICLIDINA	25ng/ml	25ng/ml

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Sports-Related Concussion and Head Injury Fact Sheet and Parent/Guardian Acknowledgement Form

A concussion is a brain injury that can be caused by a blow to the head or body that disrupts normal functioning of the brain. Concussions are a type of Traumatic Brain Injury (TBI), which can range from mild to severe and can disrupt the way the brain normally functions. Concussions can cause significant and sustained neuropsychological impairment affecting problem solving, planning, memory, attention, concentration, and behavior.

The Centers for Disease Control and Prevention estimates that 300,000 concussions are sustained during sports related activities nationwide, and more than 62,000 concussions are sustained each year in high school contact sports. Second-impact syndrome occurs when a person sustains a second concussion while still experiencing symptoms of a previous concussion. It can lead to severe impairment and even death of the victim.

Legislation (P.L. 2010, Chapter 94) signed on December 7, 2010, mandated measures to be taken in order to ensure the safety of K-12 student-athletes involved in interscholastic sports in New Jersey. It is imperative that athletes, coaches, and parent/guardians are educated about the nature and treatment of sports related concussions and other head injuries. The legislation states that:

- All Coaches, Athletic Trainers, School Nurses, and School/Team Physicians shall complete an Interscholastic Head Injury Safety Training Program by the 2011-2012 school year.
- All school districts, charter, and non-public schools that participate in interscholastic sports will distribute annually this educational fact to all student athletes and obtain a signed acknowledgement from each parent/guardian and student-athlete.
- Each school district, charter, and non-public school shall develop a written policy describing the prevention and treatment of sports-related concussion and other head injuries sustained by interscholastic student-athletes.
- Any student-athlete who participates in an interscholastic sports program and is suspected of sustaining a concussion will be immediately removed from competition or practice. The student-athlete will not be allowed to return to competition or practice until he/she has written clearance from a physician trained in concussion treatment and has completed his/her district's graduated return-to-play protocol.

Quick Facts

- Most concussions do not involve loss of consciousness
- You can sustain a concussion even if you do not hit your head
- A blow elsewhere on the body can transmit an "impulsive" force to the brain and cause a concussion

Signs of Concussions (Observed by Coach, Athletic Trainer, Parent/Guardian)

- Appears dazed or stunned
- Forgets plays or demonstrates short term memory difficulties (e.g. unsure of game, opponent)
- Exhibits difficulties with balance, coordination, concentration, and attention
- Answers questions slowly or inaccurately
- Demonstrates behavior or personality changes
- Is unable to recall events prior to or after the hit or fall

Symptoms of Concussion (Reported by Student-Athlete)

- Headache
- Nausea/vomiting
- Balance problems or dizziness
- Double vision or changes in vision
- Sensitivity to light/sound
- Feeling of sluggishness or fogginess
- Difficulty with concentration, short term memory, and/or confusion

What Should a Student-Athlete do if they think they have a concussion?

- **Don't hide it.** Tell your Athletic Trainer, Coach, School Nurse, or Parent/Guardian.
- **Report it.** Don't return to competition or practice with symptoms of a concussion or head injury. The sooner you report it, the sooner you may return-to-play.
- **Take time to recover.** If you have a concussion your brain needs time to heal. While your brain is healing you are much more likely to sustain a second concussion. Repeat concussions can cause permanent brain injury.

What can happen if a student-athlete continues to play with a concussion or returns to play too soon?

- Continuing to play with the signs and symptoms of a concussion leaves the student-athlete vulnerable to second impact syndrome.
- Second impact syndrome is when a student-athlete sustains a second concussion while still having symptoms from a previous concussion or head injury.
- Second impact syndrome can lead to severe impairment and even death in extreme cases.

Should there be any temporary academic accommodations made for Student-Athletes who have suffered a concussion?

- To recover cognitive rest is just as important as physical rest. Reading, texting, testing-even watching movies can slow down a student-athletes recovery.
- Stay home from school with minimal mental and social stimulation until all symptoms have resolved.
- Students may need to take rest breaks, spend fewer hours at school, be given extra time to complete assignments, as well as being offered other instructional strategies and classroom accommodations.

Student-Athletes who have sustained a concussion should complete a graduated return-to-play before they may resume competition or practice, according to the following protocol:

- **Step 1:** Completion of a full day of normal cognitive activities (school day, studying for tests, watching practice, interacting with peers) without reemergence of any signs or symptoms. If no return of symptoms, next day advance.
- **Step 2:** Light Aerobic exercise, which includes walking, swimming, and stationary cycling, keeping the intensity below 70% maximum heart rate. No resistance training. The objective of this step is increased heart rate.
- **Step 3:** Sport-specific exercise including skating, and/or running: no head impact activities. The objective of this step is to add movement.
- **Step 4:** Non-contact training drills (e.g. passing drills). Student-athlete may initiate resistance training.
- **Step 5:** Following medical clearance (consultation between school health care personnel and student-athlete's physician), participation in normal training activities. The objective of this step is to restore confidence and assess functional skills by coaching and medical staff.
- **Step 6:** Return to play involving normal exertion or game activity.

For further information on Sports-Related Concussions and other Head Injuries, please visit:

- [CDC Heads Up](#)
- [Keeping Heads Healthy](#)
- [National Federation of State High School Associations](#)
- [Athletic Trainers' Society of New Jersey](#)

_____ Signature of Student-Athlete	_____ Print Student-Athlete's Name	_____ Date
_____ Signature of Parent/Guardian	_____ Print Parent/Guardian's Name	_____ Date

Hoja informativa sobre la conmoción cerebral relacionada con el deporte y lesiones en la cabeza y el formulario de reconocimiento de padres/tutores

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que puede ser causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que interrumpe el funcionamiento normal del cerebro. Las conmociones cerebrales son un tipo de lesión cerebral traumática (TBI), que puede variar de leve a grave y puede alterar la forma en que el cerebro normalmente funciona. Las conmociones cerebrales pueden causar deterioro neuropsicológico significativo y sostenido que afecta la resolución de problemas, planificación, memoria, atención, concentración y comportamiento.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que 300.000 conmociones cerebrales se mantienen durante las actividades relacionadas con el deporte en todo el país, y más de 62.000 conmociones cerebrales se mantienen cada año en los deportes de contacto de la escuela secundaria. El síndrome de segundo impacto ocurre cuando una persona sufre una segunda conmoción cerebral mientras sigue experimentando síntomas de una conmoción cerebral previa. Puede conducir a un deterioro grave e incluso a la muerte de la víctima.

La legislación (P.L.2010, Capítulo 94) firmada el 7 de diciembre de 2010, ordenaba que se tomaran medidas para garantizar la seguridad de los estudiantes-atletas K-12 involucrados en deportes interescolares en Nueva Jersey. Es imperativo que los atletas, entrenadores y padres / tutores estén informados sobre la naturaleza y el tratamiento de las conmociones cerebrales relacionadas con el deporte y otras lesiones en la cabeza. La legislación establece que:

- Todos los entrenadores, entrenadores atléticos, enfermeras escolares y médicos de la escuela / equipo deberán completar un Programa de Entrenamiento de Seguridad Interescolar de Lesiones en la Cabeza para el año escolar 2011-2012.
- Todos los distritos escolares, escuelas autónomas y escuelas no públicas que participan en deportes interescolares distribuirán anualmente este hecho educativo a todos los estudiantes atletas y obtendrán un reconocimiento firmado por cada padre / tutor y estudiante atleta.
- Cada distrito escolar, escuela autónoma y escuela privada deberá desarrollar una política escrita que describa la prevención y el tratamiento de la conmoción cerebral relacionada con los deportes y otras lesiones en la cabeza sufridas por estudiantes-atletas interescolares.
- Cualquier estudiante-atleta que participe en un programa deportivo interescolar y se sospeche que sufre una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la competencia o la práctica. El estudiante-atleta no podrá regresar a la competencia o a la práctica hasta que haya escrito la autorización de un médico capacitado en tratamiento de conmoción cerebral y haya completado el protocolo de regreso al juego graduado de su distrito.

Datos Básicos

- La mayoría de las conmociones cerebrales no implican pérdida del conocimiento.
- Puede sufrir una conmoción cerebral incluso si no se golpea la cabeza
- Un golpe en otra parte del cuerpo puede transmitir una fuerza "impulsiva" al cerebro y causar una conmoción cerebral.

Señales de conmoción cerebral (observadas por el entrenador, el preparador físico, los padres / tutores)

- Aparece aturdido/a
- Olvida jugadas o demuestra dificultades de memoria a corto plazo (por ejemplo, no está seguro del juego, oponente)

- Muestra dificultades con el equilibrio, la coordinación, la concentración y la atención.
- Responde preguntas de forma lenta o imprecisa
- Demuestra cambios de comportamiento o personalidad.
- No puede recordar eventos antes o después del golpe o la caída.

Síntomas de conmoción cerebral (informados por el estudiante-atleta)

- Dolor de cabeza
- Náusea/vómito
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o cambios en la visión
- Sensibilidad a la luz / sonido
- Sensación de lentitud o confusión
- Dificultad para concentrarse, memoria a corto plazo y / o confusión

¿Qué debe hacer un estudiante-atleta si cree que tiene una conmoción cerebral?

- **No lo escondas.** Dígale a su Entrenador Atlético, Enfermera Escolar o Padre/Tutor.
- **Repórtalo.** No regrese a la competencia ni a la práctica con síntomas de conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Cuanto antes lo informe, antes podrá volver a jugar.
- **Tómese tiempo para recuperarse.** Si tienes una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras tu cerebro está sanando, es mucho más probable que sostengas una segunda conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden causar lesiones cerebrales permanentes.

¿Qué puede pasar si un estudiante-atleta continúa jugando con una conmoción cerebral o vuelve a jugar muy pronto?

- Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al estudiante-atleta vulnerable al síndrome del segundo impacto.
- El síndrome del segundo impacto ocurre cuando un estudiante-atleta sufre una segunda conmoción cerebral mientras aún tiene síntomas de una conmoción cerebral anterior o una lesión en la cabeza.
- El síndrome del segundo impacto puede provocar un deterioro grave e incluso la muerte en casos extremos.

¿Deberían realizarse adaptaciones académicas temporales para los estudiantes deportistas que hayan sufrido una conmoción cerebral?

- Recuperar el descanso cognitivo es tan importante como el descanso físico. Leer, enviar mensajes de texto, probar, incluso ver películas, puede ralentizar la recuperación de un estudiante-atleta.
- Permanezca en casa después de la escuela con una estimulación mental y social mínima hasta que todos los síntomas se hayan resuelto.
- Es posible que los estudiantes necesiten tomar descansos, pasar menos horas en la escuela, recibir tiempo adicional para completar las tareas, además de que se les ofrezcan otras estrategias de instrucción y adaptaciones en el aula.

Los estudiantes-atletas que han sufrido una conmoción cerebral deben completar un regreso gradual al juego antes de que puedan reanudar la competencia o la práctica, de acuerdo con el siguiente protocolo:

- **Paso 1:** Finalización de un día completo de actividades cognitivas normales (día escolar, estudio para pruebas, observación de la práctica, interacción con compañeros) sin reemergencia de ningún signo o síntoma. Si no hay retorno de los síntomas, al día siguiente por adelantado.
- **Paso 2:** Ejercicio aeróbico ligero, que incluye caminar, nadar y andar en bicicleta estacionaria, manteniendo la intensidad por debajo del 70% de la frecuencia cardíaca máxima. Sin entrenamiento de resistencia. El objetivo de este paso es aumentar la frecuencia cardíaca.

- **Paso 3:** Ejercicio específico para un deporte que incluye patinar y / o correr: sin actividades de impacto en la cabeza. El objetivo de este paso es agregar movimiento.
- **Paso 4:** Simulacros de entrenamiento sin contacto (por ejemplo, ejercicios de pase). El estudiante-atleta puede iniciar un entrenamiento de resistencia.
- **Paso 5:** Después de la autorización médica (consulta entre el personal de salud de la escuela y el médico del estudiante deportista), participación en las actividades normales de entrenamiento. El objetivo de este paso es restaurar la confianza y evaluar las habilidades funcionales por parte del personal médico y de entrenadores.
- **Paso 6:** Regrese al juego que implique un esfuerzo normal o una actividad de juego.

Para obtener más información sobre las conmociones cerebrales relacionadas con los deportes y otras lesiones de la cabeza, visite:

- [CDC Heads Up](#)
- [Keeping Heads Healthy](#)
- [National Federation of State High School Associations](#)
- [Athletic Trainers' Society of New Jersey](#)

Firma del estudiante-deportista	Firma del padre / tutor en letra de imprenta	Fecha
Escriba el nombre del estudiante-atleta	Escriba el nombre del padre / tutor	Fecha

NJSIAA



1161 Route 130, P.O. Box 487, Robbinsville, NJ 08691 609-259-2776 609-259-3047-Fax

NJSIAA STEROID TESTING POLICY

CONSENT TO RANDOM TESTING

In Executive Order 72, issued December 20, 2005, Governor Richard Codey directed the New Jersey Department of Education to work in conjunction with the New Jersey State Interscholastic Athletic Association (NJSIAA) to develop and implement a program of random testing for steroids, of teams and individuals qualifying for championship games.

Beginning in the Fall, 2006 sports season, any student-athlete who possesses, distributes, ingests or otherwise uses any of the banned substances on the attached page, without written prescription by a fully-licensed physician, as recognized by the American Medical Association, to treat a medical condition, violates the NJSIAA's sportsmanship rule, and is subject to NJSIAA penalties, including ineligibility from competition.

Athletes may submit supplements and medications to Drug Free Sport AXIS to receive information regarding banned substances or safety issues. Athletes or parents may login to the NJSIAA account at www.dfsaxis.com using the password "njsports".

The NJSIAA will test certain randomly selected individuals and teams that qualify for a state championship tournament or state championship competition for banned substances. The results of all tests shall be considered confidential and shall only be disclosed to the student, his or her parents and his or her school. No student may participate in NJSIAA competition unless the student and the student's parent/guardian consent to random testing.

By signing below, we consent to random testing in accordance with the NJSIAA steroid testing policy. We understand that, if the student or the student's team qualifies for a state championship tournament or state championship competition, the student may be subject to testing for banned substances.

Signature of Student-Athlete

Print Student-Athlete's Name

Date

Signature of Parent/Guardian

Print Parent/Guardian's Name

Date

NEW JERSEY STATE INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION

1161 Route 130 North, Robbinsville, NJ 08691

Phone 609-259-2776 ~ Fax 609-259-3047

Memorandum

To: All Athletic Directors of Member Schools

From: Tony Maselli, Assistant Director

Date: June 2019

Re: Opioid Education Video Procedure

To All Athletic Directors:

Acting to address the increased risk of opioid abuse among high school athletes, the Office of the New Jersey Coordinator for Addiction Responses and Enforcement Strategies (NJCARES) and the New Jersey State Interscholastic Athletic Association (NJSIAA) announced on February 19, 2019, a new partnership to educate student athletes and their parents/guardians on addiction risks associated with sports injuries and opioid use.

This educational initiative, spearheaded by Attorney General Gurbir Grewal and approved by the Executive Committee of the NJSIAA, is a collaborative effort to use video programming to raise awareness among high school athletes that they face a higher risk of becoming addicted to prescription pain medication than their fellow students who do not play sports.

Beginning with the 2019 fall season, we are making available to all student athletes and their parents/guardians, an educational video about the risks of opioid use as it relates to student athletes. The video will be available on August 1, 2019 and can be found on the NJSIAA website under "Athlete Wellness" which is located under the "Health & Safety" tab. We are strongly encouraging student athletes and parents/guardians to watch the video as soon as it becomes available. An acknowledgement that students and their parents/guardians have watched the video will be required starting with the 2019-2020 winter season.

All member schools are asked to add to their current athletic consent forms the sign-off listed below. The sign-off acknowledgment is an NJSIAA mandate; student athletes are required to view the video only once per school year prior to the first official practice of the season in their respective sport, but the signed acknowledgment is required for each sport a student participates in. Athletes that are 18 years or older do not need the parents/guardians to watch the video.

Opioid Video is located at (updated 12/14): https://youtu.be/4wMz23cW_c

NJSIAA OPIOID POLICY ACKNOWLEDGEMENT

We have viewed the NJ CARES educational video on the risks of opioid use for high school athletes. We understand the NJSIAA policy that requires students, and their parents(s)/guardian(s) if a student is under the age of 18, to view this video and sign this acknowledgement.

Student's Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

ASOCIACIÓN ATLÉTICA INTERESCOLAR DEL ESTADO DE NUEVA JERSEY

1161 Ruta 130 Norte, Robbinsville, Nueva Jersey 08691

Teléfono 609-259-2776 ~ Fax 609-259-3047

Memorándum

A: Todos los directores atléticos de las escuelas miembros

De: Tony Maselli, asistente de dirección

Fecha: Junio 2019

Re: Procedimiento en vídeo educativo sobre opioides

A Todos Los Directores Deportivos:

Actuando para abordar el mayor riesgo de abuso de opioides entre los atletas de secundaria, la Oficina del Coordinador de Respuestas a las Adicciones y Estrategias de Aplicación de la Ley de Nueva Jersey (NJCARES) y la Asociación Atlética Interescolar del Estado de Nueva Jersey (NJSIAA) anunciaron el 19 de Febrero de 2019, una nueva asociación para educar a los estudiantes atletas y a sus padres/tutores sobre los riesgos de adicción asociados con las lesiones deportivas y el uso de opioides.

Esta iniciativa educativa, encabezada por el Fiscal General Gurbir Grewal y aprobada por el Comité Ejecutivo de la NJSIAA, es un esfuerzo colaborativo para utilizar programación de video para crear conciencia entre los atletas de secundaria de que enfrentan un mayor riesgo de volverse adictos a los analgésicos recetados que sus compañeros de estudios que no practican deportes.

A partir de la temporada de otoño de 2019, pondremos a disposición de todos los estudiantes atletas y sus padres/tutores un video educativo sobre los riesgos del uso de opioides en relación con los estudiantes atletas. El video estará disponible el 1 de Agosto de 2019 y se puede encontrar en el sitio web de NJSIAA en "Athlete Wellness", que se encuentra en la pestaña "Health & Safety". Recomendamos encarecidamente a los estudiantes atletas y a los padres/tutores que vean el video tan pronto como esté disponible. Se requerirá un reconocimiento de que los estudiantes y sus padres/tutores han visto el video a partir de la temporada de invierno 2019-2020.

Se solicita a todas las escuelas miembros que agreguen a sus formularios de consentimiento atlético actuales la firma que se detalla a continuación. El reconocimiento de aprobación es un mandato de la NJSIAA; Los estudiantes atletas deben ver el video solo una vez por año escolar antes de la primera práctica oficial de la temporada en su deporte respectivo, pero se requiere el reconocimiento firmado para cada deporte en el que participa un estudiante. Los atletas que tienen 18 años o más no necesitan que los padres/tutores vean el video.

El vídeo sobre opioides se encuentra en(actualizado el 14/12):https://youtu.be/_4wMz23cW_c

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE OPIOIDES DE NJSIAA

Hemos visto el video educativo de NJ CARES sobre los riesgos del uso de opioides para los atletas de secundaria. Entendemos la política de NJSIAA que requiere que los estudiantes y sus padres/tutores, si un estudiante es menor de 18 años, vean este video y firmen este reconocimiento.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

State of New Jersey
DEPARTMENT OF EDUCATION

Sudden Cardiac Death Pamphlet
Sign-Off Sheet

Name of School District: _____

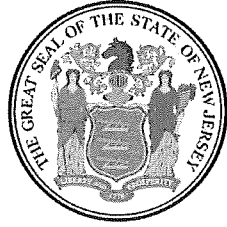
Name of Local School: _____

I/We acknowledge that we received and reviewed the Sudden Cardiac Death in Young Athletes pamphlet.

Student Signature: _____

Parent or Guardian
Signature: _____

Date: _____



STATE OF NEW JERSEY
DEPARTMENT OF EDUCATION

Folleto sobre muerte cardíaca súbita
Hoja de firma

Nombre del distrito escolar: _____

Nombre de la escuela local: _____

Reconozco / reconocemos que recibimos y revisamos el folleto Muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes.

Firma del alumno: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____