



PAQUETE DE PARTICIPACIÓN DEPORTIVA DESPUÉS DE CLASES

Fecha: _____

Estimados padres de estudiantes deportistas de la escuela _____:

¡Bienvenidos a un nuevo año de atletismo escolar!

Para que su estudiante atleta pueda participar en las pruebas o en un deporte de equipo después de la escuela, debe leer y firmar los documentos incluidos en este Paquete de participación deportiva después de la escuela. Mantendremos estos formularios archivados para el año escolar 2022-23.

Lea y complete los siguientes documentos incluidos en este Paquete de participación deportiva después de la escuela:

1. Información de los estudiantes deportistas
2. Asunción del riesgo de participar en deportes extracurriculares
3. Asunción de riesgo por participar en el programa Cheer / Mascot
4. Permiso para deportes extracurriculares
5. Historial de salud y examen físico (debe completarlo el médico) *
6. Autorización / Consentimiento para la divulgación de información médica protegida
7. Certificación de seguro deportivo
8. Hoja de información / INFORMACIÓN sobre conmoción cerebral
9. Hoja de información sobre paro cardíaco repentino
10. Responsabilidades de los estudiantes deportistas
11. Compromiso de Alianza de Entrenamiento Positivo para el Atleta y los Padres
12. Resumen de las calificaciones de los estudiantes
13. Lista de clínicas de salud comunitarias

Nota: El formulario de autorización para tratamiento médico de emergencia está archivado en la oficina de la escuela.

Atentamente,

_____, Director Atlético

CC: Director, _____ Escuela

* Tenga en cuenta que, en aras de la seguridad de los estudiantes, los estudiantes atletas requieren la autorización de un médico antes de participar en nuestros deportes extracurriculares. La información para familias que necesitan un seguro médico y / o de accidentes está disponible en este paquete.



Escuela Intermedia _____
Año Escolar 2022-23

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DEPORTISTA ** Escriba con letra de imprenta clara **

Nombre del estudiante _____ Apellido del estudiante _____

Grado: Fecha de nacimiento: ___/___/____ Teléfono de hogar: _____

Dirección Residencial: Calle _____ Ap. _____

Ciudad _____ Apartado Postal _____ Tipo Sanguíneo (De conocerlo) _____

¿En qué deporte (s) desea participar el estudiante?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Basquetbol Masculino | <input type="checkbox"/> Hockey de Campo Femenino |
| <input type="checkbox"/> Fútbol Masculino | <input type="checkbox"/> Fútbol Femenino |
| <input type="checkbox"/> Volibol Masculino | <input type="checkbox"/> Volibol Femenino |
| <input type="checkbox"/> Cheerleading | <input type="checkbox"/> Atletismo |
| <input type="checkbox"/> Cross Country | <input type="checkbox"/> Lucha Libre |
| <input type="checkbox"/> Basquetbol Femenino | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Alguna observación de salud/conductual que el entrenador deba conocer? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PADRE/REPRESENTANTE ** Favor imprimir legiblemente **

Nombre de Madre/Tutora _____ Teléfono de Día _____

Correo electrónico _____ Teléfono de Noche _____

Nombre de Padre/Tutor _____ Teléfono de Día _____

Correo electrónico _____ Teléfono de Noche _____

Nombre de Contacto de Emergencia Autorizado _____ Relación _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre / Dirección de Médico Familiar _____ Teléfono _____

Aseguradora (v.g. Blue Cross, Kaiser) _____ Número de Póliza _____ Teléfono _____



Escuela Intermedia _____

Año Escolar 2022-23

**DISTRITO ESCOLAR CAMPBELL UNION (CUSD)
CONVENIO DE EXENCIÓN, DESCARGO E
INDEMNIZACIÓN**

ACEPTACIÓN DE RIESGO PARA PARTICIPAR EN DEPORTES DESPUÉS DE LA ESCUELA

Nombre del Participante: _____

Nombre del (los) Deporte (s): _____

Fecha (s) de Participación: Año Escolar 2022-2023

ESTE FORMULARIO ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. EN CONSIDERACIÓN DE MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL DEPORTE ANTES INDICADO DESPUÉS DE LA ESCUELA, CONFIRMO HABER LEÍDO DETENIDAMENTE ESTE FORMULARIO QUE EXPLICA LOS RIESGOS QUE ASUMO MEDIANTE MI PARTICIPACIÓN EN DEPORTES DESPUÉS DE LA ESCUELA. ENTIENDO QUE SI DESEO DISCUTIR CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN ESTE CONVENIO, PUEDO CONTACTAR A LA OFICINA DISTRITAL DE GERENCIA DE RIESGOS AL 408-364- 4200 EXT. 6213.

(1) **Aceptación de Riesgos:** Entiendo que el deporte después de clases anteriormente indicado, por naturaleza, incluye ciertos riesgos intrínsecos que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían, pero pueden implicar lesiones menores, lesiones mayores y lesiones graves, incluyendo la discapacidad permanente y la muerte, así como pérdidas sociales y económicas graves que pueden derivar no solo de mis propias acciones, inacciones o negligencia, sino de las acciones, inacciones o negligencia de los demás, de las reglas de juego, o del estado de las instalaciones o de los equipos utilizados. Entiendo y aprecio los riesgos que son inherentes en el deporte de después de la escuela. Por este medio asevero y convengo, en mi propio nombre, el de mi familia, mis herederos, representante(s) personal(es) y/o cesionarios, que mi participación en el deporte de después de la escuela es voluntaria y que conscientemente acepto tales riesgos. Reconozco la importancia de seguir instrucciones acerca de la debida técnica, entrenamiento y otras normas de seguridad establecidas, directrices y reglamentos, pero entiendo que en definitiva soy responsable por mi propia seguridad, y convengo en acatar todas las normas y reglas que rigen el deporte después de la escuela.

(2) **Indemnizar, Mantener Indemne y Exonerar:** Con motivo de mi permiso de participar en el deporte después de la escuela anteriormente indicado, por este medio convengo, ahora y siempre, en la mayor medida que lo permita la ley, en mi propio nombre, el de mi familia, mis herederos, mis representante(s) personal(es) y/o cesionarios, en defender, mantener indemne, indemnizar y exonerar al Distrito Escolar Campbell Union (el "Distrito"), los miembros de su Consejo, administradores, oficiales, agentes, voluntarios y empleados, ante y en cuanto a todos los reclamos, demandas, acciones o causas de cualquier tipo, presentes o futuros, por cuenta de daños a bienes muebles, o lesiones personales, o enfermedades o muertes, que pudieran derivar de mi participación en el deporte después de la escuela. Esta exoneración incluye específicamente los reclamos basados en la negligencia del Distrito y de los miembros de su Consejo, administradores, oficiales, agentes, voluntarios y empleados. Entiendo que al convenir en lo previsto en esta cláusula, renuncio a los reclamos y cedo derechos substanciales, incluyendo mi derecho a demandar, y que lo hago de manera voluntaria. No se ha hecho ninguna aseveración, declaración o aliciente, verbal o escrita, distintas de la declaración que antecede.

RECONOZCO HABER LEÍDO LOS APARTADOS ANTERIORES, HABER SIDO INFORMADO TOTAL Y CABALMENTE DE LOS POTENCIALES PELIGROS INCIDENTALES A LA PARTICIPACIÓN EN LOS DEPORTES DESPUÉS DE LA ESCUELA, Y QUE ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE DE LAS CONSECUENCIAS LEGALES DE FIRMAR ESTE PERMISO, ACEPTACIÓN DE RIESGO, Y CONVENIO DE INDEMNIZAR, MANTENER INDEMNE Y EXONERAR.

Nombre del Padre/Tutor (Impreso)

Firma del Padre/Representante

Fecha



**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS – RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE RIESGO POTENCIAL
PROGRAMA CHEER/MASCOT**

Autorizo a mi hijo/hija, _____ a participar en las actividades de Cheer/Mascot organizadas por el Distrito. Entiendo y acepto que dichas actividades, por naturaleza, representan un riesgo potencial de lesiones graves/enfermedades para las personas que participan en dichas actividades.

Entiendo y reconozco que algunas de las lesiones/enfermedades que pudieran resultar de la participación en dichas actividades incluyen, sin limitación, las siguientes:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Esguinces/estirones | 5. Parálisis |
| 2. Fracturas óseas | 6. Pérdida de la vista |
| 3. Pérdida del conocimiento | 7. Enfermedades transmisibles |
| 4. Lesiones a la cabeza y/o espalda | 8. Muerte |

Entiendo y reconozco que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y, como tal, no es exigida por el Distrito.

Recomendaciones que pueden prevenir lesiones en actividades de cheer:

- Los cheerleaders deben someterse a exámenes médicos antes de permitirles participar, incluyendo un expediente médico completo.
- Los cheerleaders deben ser entrenados por un entrenador calificado, con entrenamiento en gimnasia y acrobacias con compañeros. Dicha persona también estar entrenada en los métodos apropiados de apoyo y otros factores de seguridad.
- Los cheerleaders deben exponerse a los debidos programas de acondicionamiento y entrenarse en las debidas técnicas de apoyo.
- Los cheerleaders deben recibir el debido entrenamiento antes de intentar acrobacias de gimnasia y no deben intentar acrobacias que no se encuentren en capacidad de realizar. Se recomienda un sistema de calificación que demuestre la maestría en las acrobacias.
- Los entrenadores deberán supervisar todas las sesiones de práctica en instalaciones seguras.
- Los minitrampolines y las vueltas o caídas desde pirámides y hombros quedarán prohibidas.
- No se deberán realizar pirámides de más de dos personas de alto. No se deberán realizar pirámides de más de dos personas de alto sin colchonetas u otras precauciones de seguridad.
- Si no es posible tener a un doctor o entrenador atlético en los juegos y en las sesiones de práctica, deberá disponerse de procedimientos de emergencia. El procedimiento de emergencia debe constar por escrito y estar disponible al personal y a los atletas.
- Debe haber investigación continua con respecto a la seguridad en las actividades de cheer.
- Cuando un cheerleader haya experimentado o demuestre señales de trauma cerebral (pérdida del conocimiento, perturbaciones visuales, dolor de cabeza, inhabilidad para caminar correctamente, desorientación o pérdida de memoria), deberá recibir atención médica inmediata y no deberá permitirle practicar o cheer sin permiso de las debidas autoridades médicas. Es importante que un médico observe a los atletas con lesiones cerebrales durante varios días después de la lesión.
- Los entrenadores de cheerleading deben tener certificación de seguridad. La Asociación Americana de Entrenadores y Asesores de Cheerleading ofrece dicha certificación. Refiérase a <http://www.AACCA.org>.

Entiendo y reconozco que para participar en estas actividades, mi hijo/hija y yo convenimos en asumir responsabilidad por todos los potenciales riesgo que puedan estar asociados con la participación en dichas actividades. Entiendo y reconozco plenamente que mi hijo/hija debe estar amparado por un seguro médico privado y/o seguro para accidentes estudiantiles para poder participar en esta actividad.

Entiendo, reconozco y convengo en que el Distrito, sus empleados, oficiales, agentes y/o voluntarios no serán responsables por lesiones/enfermedades sufridas por mi hijo/hija que sean incidentales y/o se asocien con la preparación y/o la participación en esta actividad.

Entiendo y convengo en que todas las normas escolares y Distritales se aplican durante todos y cualesquiera eventos asociados con la preparación y/o participación en esta actividad.

Reconozco que he leído detenidamente este FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS y que entiendo y convengo con sus términos.

Nombre del Padre/Representante (impreso)

Firmas del Padre/Representante

Fecha

Este formulario deberá ser cumplimentado, firmado y consignado en el expediente de la escuela antes de participar en la actividad CHEER/MASCOT.



Escuela Intermedia _____
Año Escolar 2022-23

**DISTRITO ESCOLAR CAMPBELL UNION
(CUSD) PERMISO PARA DEPORTES DESPUÉS
DE LA ESCUELA**

Nombre del Participante: _____ Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Deporte (s): _____ Fecha (s) de Participación: Año Escolar 2022-2023

Mediante mi firma más adelante, por este medio:

- Reconozco que el transporte será responsabilidad del padre/tutor, y
 Concedo mi permiso para que mi hijo/hija participe en el deporte anteriormente descrito después de la escuela.

Estoy consciente que esta actividad es voluntaria, como parte del programa del DISTRITO ESCOLAR CAMPBELL UNION (el "Distrito"). Estoy consciente de los preparativos para el transporte para esta actividad y reconozco que la escuela no ofrece transporte. Tengo completa y exclusiva responsabilidad por todos los preparativos de transporte para mi estudiante atleta. Estoy consciente que el Distrito no brinda cobertura para el tratamiento médico en conexión con esta actividad. Si un participante no tiene seguro médico privado, existe disponible seguro escolar de bajo costo a través del Distrito. También reconozco que el Distrito no proporciona automáticamente cobertura médica para los participantes en esta actividad.

También entiendo y reconozco que, para poder participar en el deporte después de la escuela antes descrito, necesito suministrar al Distrito, firmados y fechados por separado, el Convenio de Renuncia, Descargo e Indemnización y los formularios de Aceptación de Riesgo para Participación en Deportes Voluntarios Después de la Escuela y de Autorización de Tratamiento Médico que se incluyen en este paquete, antes de participar en el deporte después de la escuela.

Nombre del Padre/Tutor (Impreso)

Firma del Padre/Tutor

Fecha



UNION SCHOOL DISTRICT

Escuela Intermedia _____

Año Escolar 2022-23

HISTORIAL DE SALUD Y EVALUACIÓN FÍSICA

El Distrito Escolar guardará y mantendrá esta información confidencial

Nombre y Apellido del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Hombre __ Mujer

MOTIVO DE REFERENCIA: ____ DEPORTES ____ POR LAS SIGUIENTES INQUIETUDES: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Para divulgar información de salud, por este medio doy mi consentimiento a la escuela arriba indicada para recibir o enviar al (los) siguiente(s) profesional(es) en cuidado de salud, Dr. _____, cualquier información sobre la salud de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE – DEBE SER CUMPLIMENTADO POR EL PADRE O TUTOR

Actualmente bajo el cuidado de:

Nombre del Doctor: _____ ¿Por cuál condición? _____

Nombre del Dentista: _____

Medicamentos: Favor indicar el nombre y la dosis de cualquier medicamento (s) que esté tomando su niño. _____

MARQUE SÍ PARA CUALESQUIERA CONDICIONES QUE SE APLIQUEN y MARQUE SÍ O NO PARA CADA CONDICIÓN

Yes	No	Condition	Yes	No	Condition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dental Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Down Syndrome
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes to Down Syndrome, have cervical spine (neck bone) x-rays been done?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis (Tb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes to Down Syndrome, Atlanto Axial Instability?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Special Diet _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speech impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exercise induced wheezing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colon Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendency to bleed easily
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent/Sibling (under 40) died of heart disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Disease/Heart Defect/High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotional/psychiatric/behavioral problems
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergy to the following (be specific)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence of one kidney or testicle
		Medicine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serious bone or joint disorder
		Foods _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concussion or serious head injury
		Insect Sting/Bite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle cell trait or disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest Pain or Fainting Spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major surgery or serious illness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures/Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentures/false teeth
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aid/hearing loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impaired motor ability
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heat stroke/exhaustion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uses a wheelchair
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contact lenses/eyeglasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other problem that would interfere with sports participation _____

Further explanation of above: _____

**FORMULARIO DE HISTORIAL
DE SALUD Y EXAMINACIÓN
FÍSICA (Continúa)**



Nombre del Estudiante: _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

NECESIDADES ESPECIALES –SE REQUIERE UNA MARCA Y LAS INICIALES DEL PADRE/TUTOR POR CADA LÍNEA:

SI	NO	Iniciales	Tema de Salud o Necesidad Especial
			El participante no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba saber y no requiere medicamento alguno
			El participante tiene una condición alérgica crónica o condición médica o física y se anexan instrucciones No. de páginas anexas: _____.
			El participante tiene una necesidad especial amparada por la Sección 504 y/o un plan de educación individualizado (IEP)
			El participante tiene un antecedente de lesión o conmoción cerebral. De ser el caso, anexe una descripción con una copia de una autorización escrita de su proveedor de cuidados médicos certificado. No. de páginas anexas: _____.
			Otros (por favor, describa): No. de páginas anexas: _____.



UNION SCHOOL DISTRICT

DISTRITO ESCOLAR CAMPBELL UNION

Autorización/Consentimiento del Estudiante para Revelar Información Protegida sobre su Salud

Escuela Intermedia _____
Año Escolar 2022-23

Yo/nosotros, _____ (Nombre(s) del (los) Padre(s)/Tutor(es)),

padre(s)/tutor(es) de , _____ (Nombre del Estudiante) por este medio autorizo(amos) _____ y a

sus administradores, entrenadores deportivos y personal de cuidado de salud, a revelar la información protegida sobre mi salud, incluyendo sin limitación cualquier información respecto a lesiones, enfermedades, tratamiento o participación relacionada o que afecte mi entrenamiento para en deportes y mi participación, al Distrito, sus empleados designados, agentes y/o contratistas. Yo/nosotros además autorizamos al Distrito a revelar y/o usar dicha información conforme a lo aquí previsto.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que la participación de mi/nuestro estudiante y la información protegida sobre su salud, incluyendo sin limitación condiciones, lesiones o enfermedades que deriven de o afecten el entrenamiento o la participación en actividades deportivas, podrá ser revelada a y/o utilizada por el Distrito, y cualquier tercero expresamente autorizado por el Distrito para recibir dicha información a los fines descritos en este párrafo. La información proporciona al Distrito, a las ligas deportivas que utilizan las instalaciones del Distrito, y las escuelas individuales, data sobre lesiones, condiciones y enfermedades relevantes, y sobre la participación que identifica la capacidad de un estudiante específico para participar en un programa(s) deportivo(s) específico(s) y, de ser el caso, las condiciones especiales relacionadas con tal participación.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que esta información protegida sobre la salud se encuentra protegida por normas federales o bien conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) o la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (la Enmienda Buckley) y no podrá ser revelada sin o bien mi autorización conforme a HIPAA o mi consentimiento conforme a la Enmienda Buckley. Yo/nosotros entiendo/entendemos que la firma de esta autorización/consentimiento es voluntaria y que mi institución no condicionará ni retendrá ningún tratamiento de cuidado de salud o pago, inscripción en un plan de salud o recibo de cualesquiera beneficios (de ser el caso) con base en el hecho que yo/nosotros brinde(mos) el consentimiento o la autorización que se solicita para tal revelación. Yo/nosotros también entiendo/entendemos que no se me/nos exige firmar esta autorización/consentimiento para que mi/nuestro hijo pueda optar a participar en los deportes Distritales.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que mientras las normas HIPAA posiblemente no se apliquen al uso o la revelación por el Distrito de la información acerca de la lesión/enfermedad de mi/nuestro hijo, el Distrito está comprometido con la protección de su privacidad.

Esta autorización/consentimiento para la transferencia de información de salud protegida vence al final del Año Escolar siguiente a la fecha de mi firma más adelante, pero yo/nosotros tengo/tenemos el derecho de recobrarla por escrito en cualquier momento mediante notificación escrita al Distrito. Yo/nosotros entendemos que una revocación entra en efecto en la fecha de su solicitud y no afecta ninguna acción tomada antes de esa fecha.

El suscrito por este medio reconoce que yo/nosotros consciente y voluntariamente asumo (asumimos) todos los riesgos para mi/nuestro hijo/pupilo o para mí/nosotros, según lo previsto, y expresamente reconozco/reconocemos mi/nuestra intención mediante el otorgamiento de este instrumento de exonerar y librar al Distrito, sus oficiales, agentes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad por lesión personal, lesión corporal, daños materiales o muerte por negligencia que pudiera derivar de, o en cualquier forma estar relacionada con, este consentimiento. Yo/nosotros hemos leído y entiendo/entendemos lo anterior y he/hemos firmado voluntariamente este consentimiento y estoy/estamos plenamente conscientes de las consecuencias de la firma de este instrumento.

Nombre Impreso del Estudiante _____

Nombre(s) del (los) Padre(s)/Tutor(es) (Favor imprimir) _____

Firma(s) del (los) Padre(s)/Tutor(es) _____

Fecha _____

Número(s) Telefónico(s) _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____

Apartado Postal _____



Escuela Intermedia _____
Año Escolar 2022-23

DISTRITO ESCOLAR CAMPBELL UNION (CUSD) FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SEGURO DEPORTIVO

Nombre del Estudiante: _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

Por este medio certifico, bajo protesta de decir verdad, que el pupilo antes mencionado está amparado por un seguro válido que brinda lo siguiente:

- (1) Cobertura de seguro de los gastos médicos y hospitalarios que deriven de las lesiones corporales accidentales en uno de los siguientes montos: (Código de Ed. 32221)
 - (a) Un plan médico de grupo o individual con beneficios para siniestros de al menos doscientos (\$200) por siniestro y cobertura médica mayor de al menos diez mil dólares (\$10.000), y un deducible de no más de cien dólares (\$100) y pagadero en al menos un ochenta por ciento (80%) por siniestro.
 - (b) Planes médicos de grupo o individuales que sean certificados por el Comisionado de Seguros como equivalentes a la cobertura requerida de al menos un mil quinientos dólares (\$1.500).
 - (c) Al menos un mil quinientos dólares (\$1.500) para todos los gastos médicos y hospitalarios.
- (2) Por este medio convengo en que esta póliza no será cancelable sin al menos 10 días de notificación escrita previa al Distrito.

La cobertura de seguro en cualquiera de los anteriores montos deberá ser suministrada mediante pólizas de grupo, generales o individuales contra accidentes, de aseguradoras autorizadas o mediante una asociación de beneficios y amparos, tal como el Fondo de Protección Interescolar de California, por la muerte o lesión a miembros de equipos atléticos que surjan mientras dichos miembros participen o se preparen para un evento deportivo promocionado conforme a la organización o coordinación del instituto educativo o de una organización estudiantil de ésta, o mientras dichos miembros sean transportados por o conforme a la organización o coordinación del Distrito Escolar o de una organización estudiantil de ésta, entre la escuela u otro lugar de enseñanza y el lugar del evento deportivo. Los beneficios médicos mínimos conforme a cualquier seguro requerido según este párrafo deberán ser equivalentes al factor de conversión de tres dólares con cincuenta centavos (\$3,50), según se aplican a los valores de unidad contenidos en el programa de honorarios mínimos adoptados por el Departamento de Relaciones Industriales del Estado de California, con vigencia desde el 1º de octubre de 1966. (Ref. Código de Ed. 32221)

Mantendré la cobertura antes indicada durante el Año Escolar corriente o notificaré inmediatamente a la escuela en caso que la cobertura se dé por terminada o no cumpla con los anteriores requisitos.

Compañía Aseguradora

Nombre(s) del (los) Padres/Tutor(es) – Favor Imprimir

Póliza/Grupo No.

Firma(s) del (los) Padres/Tutor(es)

Fecha de Vencimiento de la Póliza

Fecha de la Firma



UNION SCHOOL DISTRICT

Escuela Intermedia _____
Año Escolar 2022-23

DEPORTES DE LA ESCUELA INTERMEDIA INFORMACIÓN SOBRE CONMOCIÓN Y CONVENIO

Una conmoción es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son causadas por un golpe, impacto o una sacudida de la cabeza, o por un golpe a otra parte del cuerpo, siendo la fuerza transmitida a la cabeza. Pueden variar entre leves y severos y pueden afectar la manera en que funciona normalmente el cerebro.

Aunque la mayoría de las conmociones son leves, ***todas las conmociones son potencialmente graves y pueden conllevar a complicaciones, incluyendo daños cerebrales prolongados y la muerte, de no ser reconocidos y manejados debidamente.*** En otras palabras, incluso un “toquecito” o un golpecito en la cabeza puede llegar a ser grave.

No es posible observar una conmoción a simple vista y la mayoría de las conmociones deportivas ocurren sin pérdida del conocimiento. Las señales y síntomas de conmociones pueden aparecer justo después de la lesión o pueden tomarse horas o días para aparecer en su totalidad. Si su niño reporta cualesquiera síntomas de una conmoción, o si Ud. mismo percibe los síntomas o señales de conmociones, busque atención médica inmediatamente.

ENTRE LOS SÍNTOMAS SE PODRÁN INCLUIR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza “Presión en la cabeza” | <input type="checkbox"/> Amnesia |
| <input type="checkbox"/> Náusea o vómitos | <input type="checkbox"/> “No sentirse bien” |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Fatiga o falta de energía |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio o mareos | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa, doble o indefinida | <input type="checkbox"/> Nerviosismo o ansiedad Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz o al ruido | <input type="checkbox"/> Emotividad Confusión |
| <input type="checkbox"/> Sentirse letárgico o lento | <input type="checkbox"/> Problemas de concentración o de memoria (olvidar jugadas) |
| <input type="checkbox"/> Sentirse confundido o aturdido | <input type="checkbox"/> Repetir la misma pregunta/comentario |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia | |
| <input type="checkbox"/> Cambios en los patrones de sueño | |

ENTRE LAS SEÑALES OBSERVADAS POR COMPAÑEROS DE EQUIPO, PADRES Y ENTRENADORES SE INCLUYEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspecto de aturdido | <input type="checkbox"/> Responde lentamente a las preguntas |
| <input type="checkbox"/> Expresión facial vacía | <input type="checkbox"/> Balbucea |
| <input type="checkbox"/> Confusión por la asignación | <input type="checkbox"/> Demuestra cambios conductuales o de personalidad |
| <input type="checkbox"/> Olvido de las jugadas | <input type="checkbox"/> No recuerda hechos anteriores al golpe |
| <input type="checkbox"/> Está inseguro del juego, anotación u oponente | <input type="checkbox"/> No recuerda hechos posteriores al golpe Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Se mueve con torpeza o demuestra falta de coordinación | <input type="checkbox"/> Cualquier cambio en la conducta o personalidad típica |
| | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia |

¿QUÉ PUEDE SUCEDER SI MI HIJO SIGUE JUGANDO CON UNA CONMOCIÓN O SI REGRESA DEMASIADO PRONTO?

Los atletas con señales y síntomas de conmociones deben ser sacados del juego inmediatamente. Seguir jugando con señales y síntomas de una conmoción deja al joven atleta especialmente vulnerable a lesiones mayores. Existe un riesgo mayor de daños significativos de una conmoción durante un período de tiempo después de ocurrir la conmoción, en especial si el atleta sufre otra conmoción antes de recuperarse totalmente de la primera. Esto puede llevar a una recuperación prolongada o incluso una inflamación cerebral severa (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que el atleta adolescente o juvenil a menudo menospreciará los síntomas de lesiones al reportarlos. Y las conmociones no son distintas. Como resultado, la educación de los administradores, entrenadores, padres y estudiantes es la clave para la seguridad del estudiante-atleta.

(Continúa en la siguiente página)



SI CONSIDERA QUE SU NIÑO HA SUFRIDO UNA CONMOCIÓN

Todo atleta que apenas se sospeche haya sufrido una conmoción deberá ser sacado del juego o de la práctica inmediatamente. Ningún atleta podrá regresar a la actividad después de una aparente lesión de cabeza o conmoción, independientemente de lo leve que aparente ser o cuán rápido se alivien los síntomas, sin aprobación médica. Se debe observar de cerca al atleta durante varias horas. El nuevo estatuto CIF 313 ahora requiere la implementación de directrices prolongadas y bien establecidas sobre las conmociones para regresar al juego, las cuales han sido recomendadas durante varios años:

- Un estudiante-atleta que se sospecha haya sufrido una conmoción o lesión de la cabeza en una práctica o en un juego deberá ser retirado de la competencia en ese momento y durante lo que resta del día.”

y

- Un estudiante-atleta que haya sido sacado no podrá regresar a jugar hasta que el atleta sea evaluado por un proveedor de servicios médicos certificado, entrenado en la evaluación y el manejo de conmociones y haya recibido autorización escrita para regresar al juego de ese proveedor de servicios médicos”.

También debe informar al entrenador de su niño si considera que su niño puede tener una conmoción. Es mejor perderse un juego que perder la temporada entera. Cuando exista duda, el atleta debe permanecer fuera de juego.

Para información actual y actualizada sobre las conmociones visite: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Entiendo que existe un elemento de riesgo asociado con todas las competencias deportivas y que el distrito no puede garantizar que los estudiantes no resulten heridos, a pesar del compromiso con la salud y el bienestar de todos los participantes.

Nombre del Estudiante-Atleta Impreso

Padre o Tutor Legal Impreso

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Hoja informativa para padres de estudiantes atletas



Esta información ayuda a proteger a sus estudiantes atletas del Paro Cardíaco Repentino

¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los atletas?

Si bien un estudiante atleta puede no mostrar señales de advertencia de una afección cardíaca, los estudios muestran que generalmente los síntomas están presentes, pero no se reconocen, no se reportan, se pasan por alto o se diagnostican mal.

- Los síntomas pueden malinterpretarse como típicos en los jóvenes atletas
- El desmayo con frecuencia se atribuye por error al estrés, calor, falta de alimentos o agua
- Los estudiantes atletas que tienen síntomas, regularmente no los reconocen como raros, es normal para ellos
- Los estudiantes atletas (o sus padres) no quieren jugar menos tiempo
- Los estudiantes atletas piensan por error que les falta condición y solo necesitan entrenar más duro
- Los estudiantes atletas no hablan de sus síntomas con adultos porque les da pena no seguir el ritmo de sus compañeros
- Los adultos suponen que los estudiantes atletas están bien y simplemente "marcan la casilla" en los formularios de salud sin preguntarles
- El personal médico y los padres por igual con frecuencia pasan por alto las señales de advertencia
- Los estudiantes atletas ignoran los síntomas pensando que desaparecerán
- Las familias no saben o no reportan a su médico el historial de salud cardíaca o las señales de advertencia
- Los exámenes para niños sanos y los exámenes físicos deportivos no buscan las afecciones que pueden poner en riesgo a los estudiantes atletas
- Los estetoscopios no son una prueba diagnóstica completa para afecciones cardíacas

Proteja el corazón de su estudiante atleta

Infórmese sobre el Paro Cardíaco Repentino, hable con su estudiante atleta sobre las señales de advertencia y cree una cultura de prevención en la organización deportiva a la que pertenecen.

- Conozca las señales de advertencia
- Documente el historial de salud cardíaca de su familia, ya que algunas afecciones son hereditarias
- Si se presentan síntomas o factores de riesgo, pida a su médico pruebas cardíacas o genéticas
- No solo "marque la casilla" en los formularios de historial de salud, pregúntele a su estudiante atleta cómo se siente
- Hágase una evaluación de riesgo cardíaco junto con su estudiante atleta cada temporada
- Aliente a sus estudiantes atletas a hablar si tienen alguno de los síntomas
- Consulte con el entrenador para ver si ha notado alguna señal de advertencia
- Los estudiantes atletas activos deberían estar mejorando, no empeorando
- Como padre en las gradas, conozca la cadena cardíaca de supervivencia
- Asegúrese de que la escuela y organizaciones deportivas cumplen con la ley estatal y tienen administradores, entrenadores y oficiales capacitados para responder a una emergencia cardíaca
- Aporte a la compra colectiva de un desfibrilador para el sitio

¿Qué sucede si mi estudiante atleta tiene señales de advertencia o factores de riesgo?

- La ley estatal requiere que los estudiantes atletas que se desmayan o presentan otros síntomas relacionados con el corazón sean reautorizados para jugar por un proveedor médico con licencia (*licensed healthcare provider*).
- Pídale a su proveedor médico que ordene pruebas diagnósticas o genéticas para descartar una posible afección cardíaca.

Los electrocardiogramas (ECG o EKG) registran la actividad eléctrica del corazón. Se ha demostrado que los ECG detectan la mayoría de las afecciones cardíacas más efectivamente que el historial físico y clínico solos. Los ecocardiogramas (ECHO) capturan una imagen en vivo del corazón.

- Un proveedor de atención médica con experiencia en la evaluación de afecciones cardiovasculares (del corazón) debe consultar a su estudiante atleta.
- Siga las instrucciones de su proveedor para conocer las limitaciones de actividad recomendadas hasta que se completen las pruebas de evaluación.

¿Qué pasa si diagnostican a mi estudiante con una afección cardíaca que lo pone en riesgo?

Hay muchos pasos que se pueden tomar para prevenir un PCR, como modificar la actividad, dar medicamentos, hacer tratamientos quirúrgicos o implantar un marcapasos y / o desfibrilador cardioversor implantable. Su médico debe hablarle de las opciones de tratamiento y modificaciones a la actividad recomendadas durante el tratamiento. En muchos casos, la anomalía puede corregirse y el joven puede volver a sus actividades normales.

¿Qué es el Paro Cardíaco Repentino (PCR)? El Paro Cardíaco Repentino (PCR) es una emergencia potencialmente mortal que ocurre cuando el corazón deja de latir de repente. Afecta a personas de todas las edades que pueden aparentar estar sanas, incluso a niños y adolescentes. Cuando ocurre un PCR, la persona se desploma y no responde o no respira normalmente. Pueden jadear o temblar como si tuvieran una convulsión, pero su corazón se ha detenido. Si la persona no recibe ayuda de inmediato el PCR lleva a la muerte en minutos. Su supervivencia depende de que las personas cercanas llamen al 911, comiencen la resucitación (CPR) y utilicen un desfibrilador externo automático (AED) lo antes posible.

¿Qué causa un PCR?

Un PCR ocurre debido a un mal funcionamiento en el sistema o estructura eléctrica del corazón. El mal funcionamiento lo causa una anomalía de nacimiento o de herencia, o una condición que se desarrolla a medida que crecen los corazones de los jóvenes. Un virus en el corazón o un golpe fuerte en el pecho también pueden causar un mal funcionamiento que puede provocar un PCR.

¿Qué tan común es el PCR?

Aunque es una de las principales causas de muerte en los EE. UU., la mayoría se sorprende al saber que el PCR también es el asesino número 1 de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los planteles escolares. Los estudios muestran que 1 de cada 300 jóvenes tiene una afección cardíaca no detectada que los pone en riesgo.

Factores que aumentan el riesgo de un PCR

- ✓ Antecedentes familiares de anomalías cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años.
- ✓ Antecedentes familiares específicos de síndrome del QT largo, síndrome de Brugada, miocardiopatía hipertrófica o displasia ventricular derecha arritmogénica (AEVD)
- ✓ Familiares con desmayos, convulsiones, que se hayan ahogado o casi ahogado o hayan tenido accidentes de auto, todo sin explicación
- ✓ Miembros de la familia con anomalía cardíaca estructural conocida, reparada o no reparada
- ✓ Uso de drogas como cocaína, inhalantes, drogas "recreativas," bebidas energéticas en exceso, píldoras de dieta o suplementos para mejorar el rendimiento

Cadena cardíaca de supervivencia

¡Su vida depende de entrar en acción rápido!

La resucitación (CPR) puede triplicar las posibilidades de sobrevivir.

Comience de inmediato y use el desfibrilador (AED) del sitio.



CALL



PUSH



SHOCK

DESMAYOS EL SÍNTOMA #1 DE UNA AFECCIÓN CARDIACA

RECONOZCA LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Pregunte al entrenador y consulte con su médico si su estudiante atleta presenta estas condiciones.

Indicadores potenciales de que podría ocurrir un PCR

- ▶ Desmayos o convulsiones, especialmente durante o justo después de hacer ejercicio
- ▶ Desmayos repetidamente o con emoción o sobresalto
- ▶ Falta de aliento excesiva durante el ejercicio
- ▶ Corazón acelerado o agitado
- ▶ Palpitaciones o aleteo en el corazón o latidos irregulares
- ▶ Frecuente mareo o aturdimiento
- ▶ Dolor o malestar en el pecho al hacer ejercicio
- ▶ Fatiga excesiva e inesperada durante o después del ejercicio

KeepTheirHeartInTheGame.org



Escuela Intermedia

Año Escolar: 2022-23

**ESCUELA INTERMEDIA
RESPONSABILIDAD DE LOS ESTUDIANTES-ATLETAS**

1. Respetar a los demás atletas en su equipo y a otros (evitar gritar, insultar y el contacto físico)
2. Cero juegos bruscos (bajarle los pantalones, perseguir a alguien) o se pudiera aplicar una suspensión.
3. Respetar los equipos, ser responsable; o pudiera costarle dinero su reemplazo.
4. Las tarjetas de permiso deberán ser firmadas y entregadas antes de comenzar la práctica.
5. Los uniformes deberán ser entregados dentro de los 2 días siguientes a su último juego, en buen estado y limpios, o se retendrán las boletas y se cobrará un cargo de \$50,00.
6. Alaba a los atletas por sus esfuerzos o logros y evita la crítica; que el entrenador sea quien corrija a cada jugador.
7. Si viajas en autobús de ida y regreso a los eventos deportivos:
 - a. Solo tú, y no tus amigos, podrán viajar en el autobús.
 - b. Debes comportarte con respeto y seguir las normas del autobús.
 - c. Si no viajas de regreso a casa en el autobús, debes ir a casa sólo con tu padre/tutor.
8. Si la práctica comienza después de las 3:30 p.m., debes abandonar el campus y regresar para la práctica; salvo que se haya llegado a un arreglo con su entrenador.
9. Debes tener y mantener un promedio mínimo de 2.0 (promedio de calificaciones C) y sin ninguna F en tus clases. Tus calificaciones serán revisadas.
10. Recuerda, sé un modelo positivo para tu escuela.
11. Mientras mejoras en tu actividad deportiva, ¡¡¡¡¡recuerda DIVERTIRTE!!!!

El incumplimiento de las anteriores normas pudiera llevar a la suspensión de un juego/encuentro, la suspensión del equipo, y/o la suspensión de la escuela. Tu padre/tutor será contactado.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

Alianza para Entrenamiento Positivo

PROMESA DEL ATLETA

Favor leer, firmar y regresar al entrenador u oficial apropiado.

1. Hacer de Mí una Mejor Persona

- Entiendo que los oficiales pueden equivocarse. Si se hace un “mal” cante en contra de mi equipo, ¡Honraré el Juego y permaneceré en silencio!
- Haré mi mejor esfuerzo en las entrenamientos, prácticas y competencias.
- Tendré el espíritu de aprendiz. Aceptaré aportes para aprender y mejorar.
- Trabajaré duro en mi juego mental, y utilizaré una variedad de herramientas, tales como la visualización, diálogo interno positivo, y rituales sobre errores que me permitan superar rápidamente los fracasos y reenfocarme en la siguiente jugada.

2. Hacer Mejores a Mis Compañeros de Equipo

- Buscaré oportunidades de liderazgo para ayudar a mi equipo a alcanzar sus metas.
- Seré un compañero de equipo positivo. Apoyaré a mis compañeros de equipo edificándolos. Cuando critique, lo haré de manera constructiva y en el momento preciso y de la manera precisa.
- Seré un jugador de equipo que ayuda a formar una fuerte química de equipo. Mi primera prioridad será el éxito del equipo y ajustaré y aceptaré mi papel para ayudar al equipo.

3. Hacer Mejor el Juego

- Honraré el juego respetando las reglas, a los oponentes, a los oficiales, a mis compañeros de equipo y a mí mismo.
- Utilizaré mi estatus e influencia como atleta para mejorar mi comunidad escolar.

Nombre del Atleta Impreso

Firma del Atleta

Fecha

Para mayor información sobre la Alianza para Entrenamiento Positivo, visite www.positivecoach.org

Alianza para Entrenamiento Positivo PROMESA DEL PADRE

Favor leer, firmar y regresar al entrenador u oficial apropiado.

Nombre del Atleta Impreso

1. Como Padre de Segunda Meta, permitiré a los jugadores y entrenadores tomar responsabilidad por la primera meta que es ganar. Me concentraré incansablemente en la segunda meta, más importante, de utilizar el deporte para enseñar lecciones de vida a mis hijos y a otros jóvenes.
2. Utilizaré el refuerzo positivo para llenar los Tanques Emocionales de mis hijos, sus compañeros de equipo y entrenadores. Entiendo que las personas hacen sus mejores esfuerzos con sus Tanques Emocionales llenos.
3. Reforzaré el Árbol de Maestría ELM con mi hijo (E para Esfuerzo, L para Aprendizaje, M para recuperarse de los errores, siglas en inglés). Como entiendo que un enfoque en la maestría ayudará a que hijo tengo éxito en los deportes y en la vida, alentaré a mi hijo para
 - poner un alto nivel de esfuerzo para mejorar,
 - cultivar un Espíritu Aprendedor para seguir aprendiendo y mejorar,
 - usar un Ritual de Errores (v.g., “borrar los errores”) para recuperarse rápidamente de los errores.
4. Daré un ejemplo a mi niño Honrando al Juego y le alentaré a recordar sus RAICES – (ROOTS, siglas en inglés para respetando las Reglas, Oponentes, Oficiales, Compañeros de Equipo y Mí Mismo). Si el oficial hace un “mal” cante en contra de mi equipo, ¡Honraré el Juego y permaneceré en silencio!
5. Utilizaré una rutina de auto control para evitar perder mi compostura cuando las cosas salgan mal. Tomaré una respiración profunda, le daré la espalda al juego para reenfocarme, contaré regresivamente desde 100 o entablaré un diálogo interno (“Necesito ser un modelo a seguir. Puedo surgir por encima de esto”).
6. Participaré en Cheering Sin Direcciones. Limitaré mis comentarios durante el juego a alentar a mi niño y a los demás jugadores (de ambos equipos).
7. Haré llegar a mi niño a las prácticas y a los juegos a tiempo y estaré a tiempo para recoger a mi niño después de los juegos y las prácticas.
8. Me abstendré de hacer comentarios negativos acerca del entrenador de mi niño en presencia de mi niño. Entiendo que esto ayudará a evitar sembrar semillas negativas en la cabeza de mi hijo que pudieran influenciar de manera negativa la motivación de mi hijo y su experiencia global.

Nombre del Padre/Tutor - Impreso

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Para mayor información sobre la Alianza para Entrenamiento Positivo, visite www.positivecoach.org

Las pruebas físicas para el Año Escolar 2021/2022 ya no están vigentes

FORMULARIO DE PRUEBA FÍSICA DEPORTIVA

Distrito Escolar Campbell Union

UNA PRUEBA FÍSICA VÁLIDA PARA 2022/23 DEBE SER REALIZADA DESPUÉS DEL 10 DE JUNIO DE 2021

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Pulso: _____ Presión Sanguínea ___/____

Visión: R 20/ _____ L 20/ _____ Corregida S N Pupilas: Iguales _____ Desiguales _____

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES
MÉDICO			
Aspecto			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Oído			
Ganglios Linfáticos			
Corazón			
Murmullo			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (solo hombres)			
Piel			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuelo			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano/Dedos			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie/Dedos de los Pies			

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Se requiere una prueba física anual que certifique que el estudiante se encuentra en condiciones físicas para participar en las actividades deportivas antes que el estudiante pueda postularse al equipo, practicar o participar en competencias deportivas interescolares. Por este medio certifico que el estudiante anteriormente nombre examinado por mi persona y se le encontró estar en condiciones físicas para participar en actividades deportivas interescolares para el actual Año Escolar. (10 de junio de 2022 a 9 de junio de 2023)

Fecha de la Prueba: _____ Nombre del Doctor: _____

FAVOR USAR SELLO

Firma del Doctor: _____ Teléfono: _____

Clínicas Gratuitas y con Base en Ingresos cerca de Campbell, California

[La siguiente información es suministrada por FreeClinics.com <https://www.freeclinics.com/cit/ca-campbell>]

A continuación se presenta una lista de 10 de las clínicas gratuitas con base en ingresos, clínicas del departamento de salud pública y centros de salud comunitaria que hemos ubicado en el área de Campbell, CA. En su mayoría, estas clínicas son para personas de bajos ingresos o aquellos que no tienen seguro.

Revise toda la información que hemos proporcionado para las clínicas. Algunas de ellas brindan una amplia gama de servicios que van desde servicios gratuitos hasta de escala variable. Hemos incluido la información más detallada posible, incluyendo números telefónicos, correos electrónicos, y portales donde estuvieran disponibles.

Entre los servicios clínicos que hemos listado se incluyen:

- ▶ Servicios de clínicas dentales
- ▶ Servicios de clínicas médicas
- ▶ Servicios de Clínica de Salud para la Mujer
- ▶ Servicios de Clínica de Salud de Adultos
- ▶ Servicios de Clínica de Salud Pediátrica
- ▶ Servicios de Clínica Dental Pediátrica
- ▶ Servicios de Clínica de Salud Conductual ¡y más!

1. **Santa Clara Valley Health and Hospital System - San Jose**
408-885-5700
2. **Valley Specialty Center -San Jose**
408-885-7806
3. **Asian Americans for Community Involvement -San Jose**
(408) 975-2730
El equipo de profesionales multiculturales y multilingües de AACI trabaja para cerrar esas brechas mediante una gama de servicios y programas de salud, recuperación.
4. **Homeless Mobile Medical Unit - San Jose**
408-885-7049
5. **Valley Health Center - Moorpark - San Jose**
408-885-7049
6. **Bascom Health Center -San Jose**
(408) 885-4600
7. **Westwood Clinic - SanJose**
(408) 445-3400
8. **Indian Health Center of Santa - San Jose**
(408) 445-3400
9. **O'Connor Family Health Center - San Jose**
(408) 283-7676
10. **San Jose County Health Department Park Alameda -San Jose**
(408) 792-5200