

# Formulario de autorización para reanudar los deportes

SPANISH

## Autorización médica por infección de COVID-19

Los médicos del Comité de asesoramiento médico de la Asociación de Atletismo de Escuelas Secundarias Públicas de Maryland (MPSSAA, por su nombre en inglés) recomiendan encarecidamente el uso de este formulario por parte de las escuelas miembro con relación a estudiantes que hayan obtenido un resultado positivo de Covid-19 a partir de su examen físico más reciente. Uno de los Prestadores Licenciados de Cuidado de la Salud (LHCP) examinadores siguientes debe firmar este formulario antes de que al/a la estudiante-atleta se le permita reanudar su participación completa en deportes: Médico Licenciado (MD/DO, por su nombre en inglés), Asistente de Médico Licenciado (PA, por su nombre en inglés), Enfermero Licenciado (NP, por su nombre en inglés). Este formulario debe ser firmado por el padre o custodio legal del/de la estudiante-atleta dando su consentimiento antes de que su estudiante reanude su participación completa en deportes.

Nombre del/de la estudiante-atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Deporte/s en el/los que participa: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico de infección de COVID-19: \_\_\_\_\_

De haber sido sintomático/a, fecha de resolución de síntomas: \_\_\_\_\_

Caso de COVID:

- Asintomático/a (sin síntomas) o síntomas leves (fiebre, mialgia, escalofríos y letargo < 4 días)
- Síntomas moderados (fiebre, mialgia, escalofríos o letargo que duraron  $\geq$  4 días u hospitalizado/a pero no en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU, por su nombre en inglés)
- Síntomas severos (hospitalizado/a en ICU, miocarditis y/o Síndrome Multisistémico Inflamatorio de Niños (MIS-C, por su nombre en inglés)

**Algunos estudiantes, en particular aquellos con enfermedad moderada a severa, pueden requerir un protocolo para Reanudar los Deportes (RTP, por su nombre en inglés) de manera gradual una vez que el/la estudiante haya sido autorizado/a por un LHCP (cardiólogo para síntomas moderados a severos de COVID-19). El Asesoramiento interino para COVID-19: Regreso al deporte de la Academia Americana de Pediatría proporciona una recomendación para RTP (página 2) de ser necesario.**

Como LHCP examinador, doy fe de que el/la estudiante-atleta mencionado/a anteriormente se reporta ahora completamente libre de todas las señales y síntomas de COVID-19, al menos 10 días [pasaron] desde la primera aparición de síntomas, y se mantuvo sin fiebre por 24 horas y está autorizado/a para reanudar actividades o recomendado/a para una derivación cardiológica.

- Autorizado/a para reanudar deportes.
- Autorizado/a para reanudar deportes después de completar un regreso graduado para jugar debido a la severidad de sus síntomas y/u hospitalización asociada al diagnóstico positivo de COVID-19 del/de la estudiante.
- No autorizado/a: Consulta cardiológica antes de obtener autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Licenciado, Asistente de Médico Licenciado,  
Enfermero Licenciado (Marcar uno)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escribir nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Escribir domicilio de oficina en imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\*\*\*\*\*

Consentimiento del padre o custodio legal para que el/la estudiante reanude su participación completa en deportes  
Estoy informado/a sobre el hecho de que \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela) solicita el consentimiento del padre o custodio legal de un/a niño/a antes de que reanude su participación completa en deportes después de haber sido diagnosticado/a con una infección de COVID-19. Doy mi consentimiento para que mi niño/a reanude su participación completa en deportes. Al firmar a continuación, por la presente doy mi consentimiento para que mi niño/a reanude su participación completa en deportes. Comprendo que, si mi niño/a desarrolla síntomas como dolor de pecho, falta de aire, fatiga excesiva, sensación de mareo o palpitaciones (latidos rápidos), mi atleta debe parar de hacer ejercicio inmediatamente y será necesaria una consulta con el LHCP.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escribir nombre y relación con el estudiante-atleta en imprenta

**DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETO AL/A LA ENFERMERO/A DE SU ESCUELA**

## **Protocolo para Reanudar los Deportes de manera gradual después de una infección de COVID-19**

Para participantes que hubieran tenido síntomas moderados o severos de COVID-19 o cuyo prestador tenga cualquier preocupación sobre Reanudar los Deportes (RTP) rápidamente, el/la atleta debe completar la progresión a continuación sin desarrollo de dolor de pecho, presión en el pecho, palpitaciones, sensación de mareo, pre-síncope o síncope. Si estos síntomas se desarrollan, el/la participante debe ser derivado/a nuevamente al prestador evaluador quien firmó el formulario.

- Etapa 1: (mínimo 2 días) Actividad liviana (caminar, trotar, bicicleta estacionaria) durante un máximo de 15 minutos a una intensidad no mayor del 70% del rango cardíaco máximo. NINGÚN entrenamiento con resistencia.
- Etapa 2: (mínimo 1 día) Agregar actividades de movimiento simple (por ejemplo, prácticas para correr) durante 30 minutos o menos a una intensidad no mayor del 80% del rango cardíaco máximo.
- Etapa 3: (mínimo 1 día) Progreso a entrenamiento más complejo durante 45 minutos o menos a una intensidad no mayor del 80% del rango cardíaco máximo. Se puede agregar entrenamiento con resistencia liviano.
- Etapa 4: (mínimo 2 días) Actividad de entrenamiento normal durante 60 minutos o menos a una intensidad no mayor del 80% del rango cardíaco máximo.
- Etapa 5: Regreso a actividad completa.

**De ser requerido por el prestador de cuidado de la salud, el/la participante ha completado la progresión de 5 etapas de RTP bajo la supervisión de un adulto responsable:**

\_\_\_\_\_.

**Procedimiento RTP adaptado de Elliott N, et al (2020). Infografía. *British Journal of Sports Medicine***