

Formulario de aprobación para volver a jugar

Aprobación médica relativa a infección de COVID-19

Los médicos del Comité Asesor Médico de la Asociación de Deportes de las Escuelas Secundarias de Maryland (Maryland Public Secondary Schools Athletics Association–MPSSAA) recomiendan encarecidamente el uso de este formulario a las escuelas miembros en lo que se refiere a los estudiantes que han dado positivo en la prueba de COVID-19. Este formulario debe ser firmado por uno de los siguientes examinadores proveedores de atención médica licenciados (Licensed Health Care Providers–LHCP) antes de que se permita al estudiante deportista reanudar su plena participación en deportes: médico licenciado (Licensed Physician–MD/DO), asistente médico licenciado (Licensed Physician Assistant–PA), enfermero profesional licenciado (Licensed Nurse Practitioner–NP). Este formulario debe ser firmado por el padre/madre/custodio legal del estudiante deportista, dando su consentimiento antes de que su hijo vuelva a participar plenamente en deportes.

Nombre del estudiante deportista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Deportes en los que participa: _____

Fecha del diagnóstico de infección de COVID-19: _____

Si es sintomático, fecha en que se disiparon los síntomas: _____

Caso de COVID:

- Asintomático (sin síntomas) o síntomas leves (<4 días de fiebre> 100,4; <1 semana de mialgias, escalofríos, letargo)
- Síntomas leves (> = 4 días de fiebre> 100,4; > = 1 semana de mialgias, escalofríos, letargo; estancia hospitalaria fuera de la UCI sin evidencia de MIS-C)
- Síntomas severos (internado en la unidad de cuidados intensivos y/o síndrome inflamatorio multisistémico infantil (Hospitalizado en UCI +/- MIS-C)

Algunos estudiantes, particularmente aquellos con enfermedades de moderadas a graves, pueden requerir un regreso gradual al juego. (RTP) una vez que el estudiante ha sido aprobado por un LHCP (cardiólogo por antecedentes de síntomas graves, cualquier respuesta positiva en el cuestionario de detección cardíaca de 14 elementos de la AHA (American Heart Association) para aquellos que tenían síntomas leves o moderados o un ECG anormal para aquellos que tenían síntomas moderados). Orientación sobre la infección por COVID-19 de la Academia Estadounidense de Pediatría: el regreso al deporte proporciona una recomendación para RTP (página 2) si es necesario.

En mi calidad de LHCP examinador, atestiguo que el estudiante deportista mencionado anteriormente informa que está completamente libre de todos los signos y síntomas de COVID-19, al menos a 10 días de la prueba positiva, y que no ha tenido fiebre durante 24 horas y que está autorizado para reanudar la actividad o que se le remite a cardiología.

- Autorizado para regresar a los deportes.
- Autorizado para regresar a los deportes después de la finalización de un regreso gradual a los juegos debido a la gravedad de los síntomas y/o la internación asociada con el diagnóstico positivo de COVID-19 del estudiante.
- No está autorizado: Antes de la autorización, debe haber una consulta con un cardiólogo.

Firma del médico licenciado, del asistente médico licenciado, del enfermero profesional licenciado (por favor marque con un círculo)

Fecha

Por favor escriba su nombre en letra de imprenta/molde

Por favor escriba la dirección de la oficina en letra de imprenta/molde

Número de teléfono

Consentimiento de los padres/custodio legal para que su hijo vuelva a participar plenamente en deportes

Estoy enterado de que _____ (school name) solicita el consentimiento de los padres o custodio legal de un niño antes de que el niño reanude su plena participación en deportes después de haber sido diagnosticado con una infección de COVID-19. Doy mi consentimiento para que mi hijo vuelva a participar plenamente en deportes. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que mi hijo vuelva a participar en deportes. Entiendo que si mi hijo desarrolla síntomas como dolor en el pecho, falta de aliento, fatiga excesiva, sensación de mareo o palpitaciones (corazón acelerado), mi deportista debe dejar de hacer ejercicio inmediatamente y será necesario consultar con el LHCP.

Firma del padre/madre/custodio legal

Fecha

Por favor, escriba en letra de imprenta/molde el nombre y la relación con el estudiante deportista

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO AL ENFERMERO DE SU ESCUELA.

Protocolo de regreso gradual al juego después de una infección de COVID-19

En los participantes que hayan tenido síntomas moderados o severos de COVID-19, o que su proveedor tenga alguna preocupación por el rápido retorno al juego (RTP), el deportista debe completar la progresión que se indica a continuación sin tener dolor en el pecho, opresión en el pecho, palpitaciones, mareos, pre-síncope o síncope. Si se desarrollan estos síntomas, el participante debe ser remitido de nuevo al proveedor de evaluación que firmó el formulario.

- Etapa 1: (Mínimo de 2 días) Actividad ligera (caminar, trotar, bicicleta estacionaria) durante 15 minutos o menos, a una intensidad que no exceda el 70% de la frecuencia cardíaca máxima. NO debe realizarse ningún tipo de entrenamiento de resistencia.
- Etapa 2: (Mínimo de 1 día) Añadir actividades de movimiento simples (ejercicios de carrera EG) durante 30 minutos o menos, a una intensidad que no exceda el 80% de la frecuencia cardíaca máxima.
- Etapa 3: (Mínimo de 1 día) Progresar a un entrenamiento más complejo durante 45 minutos o menos, a una intensidad que no exceda el 80% de la frecuencia cardíaca máxima. Se puede añadir un leve entrenamiento de resistencia.
- Etapa 4: (Mínimo de 2 días) Actividad de entrenamiento normal durante 60 minutos o menos, a una intensidad que no exceda el 80% de la frecuencia cardíaca máxima.
- Etapa 5: Regreso a la actividad normal.

Si el proveedor de atención médica lo requirió, el participante ha completado la progresión de RTP de cinco etapas bajo la supervisión de un adulto responsable:

Procedimiento de RTP adaptado de Elliott N, et al., Infográfico. Revista Británica de Medicina Deportiva (British Journal of Sports Medicine), 2020.