



Formulario para restricción de la Educación Física – Modificaciones/Adaptaciones

Clear Form

Frederick County Public Schools
191 South East Street
Frederick, Maryland 21701

FCPS Form #022-F01S
November 2023

Fecha de entrega: _____

PASO 1: Padre o tutor – por favor complete la información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro de Educación Física: _____ Maestro en el aula: _____

Lesión: _____ Condición crónica: _____

PASO 2: Padre o tutor – por favor aclare la condición médica del estudiante:

Temporal: Menos de 2 semanas **-Padre o tutor-** por favor complete este formulario sólo para las condiciones que sean temporales. Se prefiere que entregue documentación de un profesional de la salud y la puede adjuntar. (Si la condición sobrepasa las 2 semanas, por favor haga que el profesional de la salud responda el formulario).

Extendido (2 semanas a 2 meses): **Profesional de la salud** – se requiere que documenten y firmen. (Si la condición sobrepasa los 2 meses, responda el formulario, pero vea las instrucciones al final de la página).

PASO 3: Padre o tutor y/o profesional de la salud – por favor indique las restricciones para el estudiante:

No modificada – No hay necesidad de poner ninguna restricción al estudiante en cuanto al tipo o intensidad de la actividad.

Modificada – La condición del estudiante es tal que se requiere que la intensidad y el tipo de actividad sean modificados. **Responda el paso 4.**

Sí NO El estudiante **sólo** debe realizar actividades con la parte SUPERIOR del cuerpo.

Sí NO El estudiante **sólo** debe realizar actividades con la parte INFERIOR del cuerpo.

Sí NO El estudiante **sólo** debe realizar las actividades desde una posición sentado (sin levantar peso).

Sí NO El estudiante **sólo** debe utilizar su brazo o mano DERECHO IZQUIERDO en sus actividades.

Sí NO El estudiante **sólo** debe utilizar su pierna o pie DERECHO IZQUIERDO en sus actividades.

Actividades específicas recomendadas: _____

Firma del padre o tutor: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Firma del Profesional de la salud: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

**Profesional de la salud* – Para la restricción de tiempo extendido, por favor indique la fecha en la que el estudiante podrá volver a participar totalmente.

***Si se espera que la condición del estudiante dure más de dos meses, por favor haga que el equipo con base en la escuela, los padres y el maestro de Educación Física discutan la posibilidad de necesitar poner en marcha un 504 o un IEP para apoyar las necesidades del niño.*

PASO 4: Profesional de la salud: Por favor marque Sí o NO en las actividades de abajo. Si selecciona NO, por favor complete el paso 5.

PASO 5: Profesional de la salud: Por favor marque Sí o NO en las actividades MODIFICADAS, si seleccionó NO para la actividad sin modificación.

ACTIVIDADES SIN MODIFICACIÓN		ACTIVIDADES MODIFICADAS	
Sí No	Caminar	Sí No	Tiempo reducido
Sí No	Saltar (saltar cuerda y otras actividades)	Sí No	Tiempo reducido
Sí No	Actividades de resistencia y fuerza muscular (ejercicios abdominales, planchas anaeróbicas, flexión de brazos, etc.)	Sí No	Asistencia física, tiempo limitado, flexiones en barra con barra modificada
Sí No	Actividades de flexibilidad (estirarse, yoga, Pilates, etc.)	Sí No	(por favor indique una parte específica del cuerpo a estirar, si fuese necesario)
Sí No	Actividades cardiovasculares (caminadora, elíptica, remadora, bicicleta, escaleras, correr, etc.)	Sí No	Tiempo reducido, velocidad
Sí No	Entrenamiento con pesas	Sí No	Bandas elásticas, pesas ligeras, solo uso de máquinas
Sí No	Tiro con arco	Sí No	Tiro con arco con Wii, tiro con arco de ventosas, usar lanzaderas con pinzas de ropa
Sí No	Boliche	Sí No	Bola más liviana, utilizar una rampa
Sí No	Juegos con paracaídas	Sí No	Posición sentado, sin usar pelotas
Sí No	Baile	Sí No	Tiempo reducido, posición sentado
Sí No	Gimnasia (rodarse, doblarse, hacer rutinas, etc.) y baile	Sí No	Tiempo reducido. Especifique las actividades que no sean seguras:
Sí No	Habilidades de tirar y cachar	Sí No	Pelotas suaves, globos, pañuelos, distancia reducida, de una posición sentado
Sí No	Juegos con raquetas (tenis, bádminton, <i>pickleball</i> , ping-pong, etc.)	Sí No	Pelota más grande, raqueta más liviana, parado o sentado, raquetas de goma-espuma, jugar contra la pared
Sí No	Juegos de golpeo (pelota <i>wiffle</i> , béisbol, softbol, hockey, golf, minigolf, etc.)	Sí No	Con un tee (como de golf), raqueta liviana o de goma-espuma, en grupo pequeño, sin moverse de lugar o en un patín
Sí No	Habilidades de lacrosse (levantar, llevar, tirar y cachar pelotas, etc.)	Sí No	Con palo más corto, red más grande, más suaves, en grupo pequeño, sin moverse de lugar
Sí No	Habilidades de baloncesto (rebotar, pasar, tirar, etc.)	Sí No	Pelota más grande, sin moverse de lugar o jugar sentado
Sí No	Habilidades de fútbol americano (patada fija, patada de botepronto, patada de puntapié, etc.)	Sí No	Pelota suave, en grupo pequeño, sin moverse de lugar

Sí	No	Habilidades de fútbol (regatear el balón, atraparlo, patearlo, etc.)	Sí	No	Pelota suave, sin moverse de lugar, con reglas modificadas
Sí	No	Habilidades de voleibol (golpear, pasar al compañero, servir, etc.)	Sí	No	Reglas modificadas, sentado, con pelota suave o con una pelota de playa
Sí	No	Deportes sin contacto, en grupo (último frisbi, balonmano, fútbol americano de bandera, etc.)	Sí	No	Frisbi de goma-espuma, portería para frisbi, reglas modificadas, sin banderas (sin tocar), pelotas más suaves y ligeras, jugar sentado

Otros comentarios:

Por favor devuelva este formulario al CENTRO DE SALUD. Copias para: maestro del aula, maestro de Educación Física y expediente del estudiante.

Si los padres proveen a la escuela cualquier documentación médica adicional, por favor haga copia y entréguesela al maestro de Educación Física con este formulario.