

Instrucciones de Aktivare

Si necesitas crear una cuenta nueva:



Registro para padres

- Ir a www.aktivare.com
- Seleccionar **Login**
- Seleccionar **Create an Account**
(solo es necesaria una cuenta por persona, aun si usted tiene más de un estudiante en diferentes escuelas (high school o junior high); favor de no crear una nueva cuenta si usted ya ha utilizado Aktivare antes)
- Llenar la información personal relacionada a la cuenta *(esta debe ser la información personal del padre)*
- Usted estará usando el sitio como padre
- Seleccionar **Create Account**
- Por último, introduzca el **código de verificación** que va a recibir en su email para confirmar su cuenta

Favor de notar: Para obtener el código de verificación va a ser necesario que abra una nueva pestaña en su navegador (no cierre la pestaña actual) para que consulte el correo de verificación en el buzón de entrada de su email (el correo puede tomar unos minutos en aparecer, favor de ser paciente). Puede copiar y pegar el código en el espacio para este, o escribirlo directamente.

Sigue las instrucciones en las siguientes páginas: (si ya tienes una cuenta, ignora esta página)

Instrucciones de Aktivate

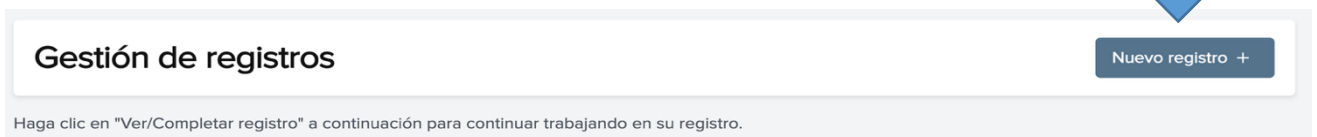
1. Inicia sesión en Aktivate (aktivate.com)
2. Haz clic en “Acceso de padre/madre/tutor para gestionar el registro del atleta”



3. Haz clic en “Iniciar/completar registro”



4. Haz clic en “Nuevo registro”



5. Selecciona Naples High como tu escuela
6. Elige tu nombre (o agrega al atleta si estás creando una cuenta nueva)
7. Selecciona 2026-2027 como el año de registro
8. Elige todos los deportes que te interesan para el año escolar
 - a. Asegúrate de seleccionar “voleibol femenino”
 - b. Haz clic en “He seleccionado la información correcta”
9. Haz clic en “He seleccionado la información correcta”
10. “Lee” los 4 documentos electrónicos y acéptalos

Instrucciones de Aktivate

11. Responde la pregunta personalizada
12. **Importante:** el examen físico será rechazado y deberás volver a enviarlo si falta alguno de los siguientes elementos:



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 4 of 4)
 SUBMIT THIS MEDICAL ELIGIBILITY FORM TO THE SCHOOL
 This form is valid for 365 calendar days from the date of exam.

EL2
 Revised 2/25

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Student Information (to be completed by student and parent) print legibly

Student's Full Name: _____ Biological Sex: _____ Age: _____ Date of Birth: ___/___/___
 School: _____ Grade in School: _____ Sport(s): _____
 Home Address: _____ City/State: _____ Home Phone: (____) _____
 Name of Parent/Guardian: _____ E-mail: _____
 Person to Contact in Case of Emergency: _____ Relationship to Student: _____
 Emergency Contact Cell Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Other Phone: (____) _____
 Family Healthcare Provider: _____ City/State: _____ Office Phone: (____) _____



Debe estar completamente lleno esta parte superior

Asegúrate de que esta



SHARED EMERGENCY INFORMATION - completed at the time of assessment by practitioner and parent

Check this box if there is no relevant medical history to share related to participation in competitive sports.

Provider Stamp (if required by school)

Medications: (use additional sheet, if necessary)
 List: _____

Relevant medical history to be reviewed by athletic trainer/team physician: (explain below, use additional sheet, if necessary)
 Allergies Asthma Cardiac/Heart Concussion Diabetes Heat Illness Orthopedic Surgical History Sickle Cell Trait Other
 Explain: _____



Signature of Student: _____ Date: ___/___/___ Signature of Parent/Guardian: _____ Date: ___/___/___

We hereby state, to the best of our knowledge the information recorded on this form is complete and correct. We understand and acknowledge that we are hereby advised that the student should undergo a cardiovascular assessment, which may include such diagnostic tests as electrocardiogram (ECG), echocardiogram (ECHO), and/or cardio stress test.

Medically eligible for all sports without restriction
 Medically eligible for all sports without restriction after clearance by medical specialist for: _____
 (If this option is checked, additional medical follow-up and clearance prior to sports participation is required. Use EL2 Page 5 for documentation.)
 Medically eligible for only certain sports as listed below: _____
 Not medically eligible for any sports

Recommendations: (use additional sheet, if necessary)

In accordance with §1006.20(2)(c), F.S., I hereby certify that I am a practitioner licensed under Florida chapter 458, chapter 459, chapter 460, §464.012, or registered under §464.0123, and in good standing with my regulatory board and that I, or a clinician under my direct supervision, have examined the above-named student-athlete using the FHSAA EL2 Preparticipation Physical Evaluation and have provided the conclusion(s) listed above. A copy of the exam has been retained and can be accessed by the parent as requested. Any injury or other medical conditions that arise after the date of this medical clearance should be properly evaluated, diagnosed, and treated by an appropriate healthcare professional prior to participation in activities.

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: ___/___/___
 Address: _____ Phone: (____) _____
 Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

This form is not considered valid unless all sections are complete.

13. Una vez que todo esté completo, asegúrate de hacer la firma electrónica final y espera a ser aprobado por la oficina atlética

DEBEN tener la firma del estudiante y del padre/madre/tut or con fecha