



2019-2020

PAQUETE FÍSICO PIAA DEPORTIVO

***** COMPLETE ESTE PAQUETE EN SU TOTALIDAD EN BOLÍGRAFO AZUL O NEGRO SOLAMENTE *****

- El Distrito Escolar de Lebanon ofrecerá exámenes físicos **GRATIS** en las siguientes fechas y horas
 - **3 de junio del 2019, 6:00 PM - 7:30 PM (Puertas cerrarán a las 7:30 PM)**
 - **5 de Noviembre del 2019, 6:00 PM - 7:30 PM (Puertas cerrarán a las 7:30 PM)**
 - Todos los exámenes físicos serán por orden de llegada, para los primeros 250 estudiantes que hayan **COMPLETADO** las secciones 1-5 en su totalidad con **TODAS las firmas apropiadas.**
 - **No se aceptarán paquetes físicos incompletos, y no se le permitirá obtener un examen físico para deportes**
- Los estudiantes atletas que recibirán un examen físico para deportes realizado por su médico de atención primaria u otro médico externo:
 - La fecha del examen físico debe estar fechada después del **1 de junio del 2019**
 - Este paquete físico completo debe entregarse en la **oficina de Deportes de la Escuela Superior** antes de la fecha de inicio de la temporada deportiva (consulte las fechas a continuación).
- Todos los paquetes físicos **DEBEN** entregarse en la **oficina de Deportes de la Escuela Superior**
 - A más tardar,
 - **Temporada de Otoño: 10 de Agosto del 2019 (Football de HS comienza el 2 de agosto del 2019)**
 - **Temporada de Invierno: 15 de noviembre de 2019**
 - **Temporada de Primavera: 1 de marzo 2020**

******* IMPORTANTE *******

TODOS LOS PAQUETES FÍSICO QUE HAN SIDO COMPLETADOS DEBEN IR A LOS OFICINA ATLÉTICA DE LA ESCUELA SUPERIOR, O AL ENTRENADOR DEPORTIVO, SIN ECEPCIONES. LA OFICINA ATLÉTICA ESTARÁ ABIERTA DE LUNES A JUEVES DE 8AM-3PM DURANTE LOS MESES DE VERANO. SE LE PEDIRÁ LLENAR UN FORMULARIO EN LÍNEA QUE TOMARÁ UNOS 5 A 10 MINUTOS

Atletas con afecciones cardíacas conocidas: Si te vas hacer un examen físico en la escuela Superior en una de las fechas mencionadas anteriormente; proporcione a los médicos una nota de su evaluación cardíaca más reciente en el momento de su examen físico. Esto ayudará a los médicos. Si NO se va hacer un examen físico en la escuela Superior pero tiene una afección cardíaca conocida, o si ha sido evaluado para un soplo cardíaco, etc., debe proporcionar al Departamento de Deportes una nota actualizada de su cardiólogo.

Atletas que usan un inhalador: De acuerdo con la Junta de Medicos y Medicina Osteopática de Pennsylvania, su hijo(a) debe tener una nota del médico que le dé permiso para autoadministrarse su inhalador o medicamento durante actividades extracurriculares. La nota debe incluir el nombre del atleta, el tipo de medicamento y las cantidades de dosis / frecuencia con la autorización para autoadministrarse. Se guardará una copia de esta autorización en la sala de entrenamiento atlético, y el original se colocará con el inhalador / medicamento y se guardará en el kit médico del equipo.

EVALUACION INICIAL COMPRENSIVA FISICA DE PREPARTICIPACION PIAA

EVALUACION INICIAL Antes que cualquier estudiante participe en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias, en cualquier escuela PIAA miembro en cualquier año escolar, se requiere que el estudiante (1) complete una evaluación física inicial comprensiva de preparticipación (CIPPE por sus siglas en inglés); y (2) hacer que la persona adecuada complete las primeras cinco secciones del formulario CIPPE. Al completar las secciones 1, 2, por el padre/tutor, y la secciones 3, 4 y 5 por el estudiante y padre/tutor; la sección 6 por un evaluador medico autorizado (AME por sus siglas en inglés), esas secciones deben ser entregadas al director, o su designado, de la escuela del estudiante para el archivo de la escuela. El CIPPE no puede ser autorizado antes del 1 de junio y debe ser efectivo, sin importar de cuando se realice durante un año escolar, hasta el próximo 31 de mayo.

SUBSIGUIENTE(S) DEPORTE(S) EN EL MISMO AÑO ESCOLAR: Después de completar un CIPPE, el mismo estudiante que quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar, debe completar la sección 7 de este formulario y debe entregar esa sección al director, o su designado, de su escuela. El director, o su designado, entonces determinará si la sección 8 se debe completar.

SECCION 1: INFORMACION PERSONAL Y DE EMERGENCIA

**Todos los blancos deben ser completados, indique N/A si el blanco no aplica.
Debe completarse en bolígrafo azul o negro, no lápiz.**

Apellido del Atleta(s): _____ Nombre: _____ Masculino/Femenino
ID del estudiante(# almuerzo) _____ Grada para **2019-2020** año escolar (círculo uno) **7 8 9 10 11 12**
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ # Teléfono del hogar (N/A si no tiene) (717) _____
Dirección actual _____

DEBE INDICAR UN DEPORTE, NO HAGA UNA MARCA NI DEJE EN BLANCO

Deporte(s) de ontoño: _____ Deporte(s) de invierno: _____ Deporte(s) de primavera: _____

EN CASO DE EMERGENCIA POR FAVOR INDIQUE A QUIEN SE LE PUEDE CONTACTAR EN LOS SIGUIENTES ESPASIOS 1ro, 2do Y 3er. EL PRIMER ESPASIO LE PERTENECE AL PADRE / TUTOR, PROPORCIONE 2 CONTACTOS DIFERENTES Y 2 NÚMEROS DE TELÉFONOS DIFERENTES.

1er Contacto: _____
Nombre Apellido(s) Teléfono Parentesco
2do Contacto: _____
Nombre Apellido(s) Teléfono Parentesco
3er Contacto: _____
Nombre Apellidos(s) Teléfono Parentesco

TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DEBE SER COMPLETADA O INDIQUE (NINGUNA)

Nombre del Medico de Cabecera: _____, MD or DO (seleccione uno) Teléfono # () _____
Nombre del Dentista: _____ Teléfono # () _____
Hospital de preferencia: _____
Alergias del alumno _____
Condición(es) de Salud del Estudiante la(s) cuales debe saber el médico de emergencia (Asma, ADHD, etc) _____
Medicamentos prescritos al estudiante _____

Está el atleta estudiantil antes mencionado actualmente cubierto por un seguro médico? SI o NO.

Por la presente certifico que, a mi entender, toda la información en la Sección 1 es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor _____ Fecha / / _____

SECCION 2: CERTIFICATION OF PARENT/GUARDIAN

El padre/tutor del estudiante debe completar todas las partes de este formulario.

A. Por la presente otorgo mi consentimiento para _____ nacido el _____ quien cumplió _____ en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela _____ y un residente del distrito escolar público _____, para participar en las prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias durante el año escolar de 2019 a 2020 en el (los) deporte(s) como está indicado por mi(s) firma(s) después del nombre de dicho deporte(s) aprobados a continuación.

LA FIRMA ES REQUISITO, NO HAGA MARCAS

Otono Deportes	Firma del padre O tutor
Carrera de campo traviesa	
Hockey sobre césped	
Futbol Americano	
Golf	
Futbol	
Tenis femenino	
Voleibol femenino	
Porristas	
Otros	

Deportes de invierno	Firma del padre O tutor
Basquetbol	
Bolicho	
Spirit Squad Competitivo	
Porristas	
Tiro	No se ofrese en LSD
Natacion y clavados	
Atletismo (bajo techo)	
Lucha	
Otros	

Deportes de primavera	Firma del padre O tutor
Beisbol	
Lacrosse varonil	No se ofrese en LSD
Lacrosse varonil	No se ofrese en LSD
Softball	
Tenis varonil	
Atletismo (bajo techo)	
Voleibol varonil	
Otros	

B. Comprensión de las normas para ser aprobado: Por la presente reconozco que estoy familiarizado con los requerimientos de PIAA referente a la calificación de estudiantes en las escuelas participantes PIAA para participar en las prácticas interescolares, prácticas y/o competencias que involucran escuelas miembros de PIAA. Tales requerimientos, los cuales están en la página web de PIAA en www.piaa.org, incluyen, pero no están limitados a la edad, estatus de amateur, asistencia escolar, salud, transferencia de una escuela a otra, normas y reglamentos de temporada y fuera de temporada, asistencia de los semestres, participación de deportes de temporada y desempeño académico.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

C. Divulgación de archivos necesarios para determinar la calificación: Para habilitar a PIAA para determinar si el estudiante nombrado en la presente califica para participar en deportes interescolares involucrando escuelas miembro de PIAA, yo, por la presente apruebo divulgarle a PIAA cualquier y todas las porciones de los archivos escolares, iniciando con el séptimo grado, del estudiante nombrado en la presente incluyendo, sin limitar la generalidad de lo siguiente, documentos de edad y nacimiento, nombre y dirección del (os) padre(s), dirección residencial del estudiante, archivo de salud, trabajo académico terminado, calificaciones recibidas e información de asistencia.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

D. Permiso para usar el nombre, parecido e información atlética: Le otorgo el permiso a PIAA para usar el nombre, parecido e información atlética relacionada en reportes transmisiones de video y repeticiones, transmisiones por internet y de practicas interescolares, practicas, y/o competencias, literatura promocional de la asociación y otros materiales y documentos relacionados a atletismo interescolar.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

E. Permiso para administrar atención médica: Otorgo el consentimiento para que un proveedor de cuidado médico de emergencia para administrar cualquier cuidado médico de emergencia considerada necesaria para el bienestar del estudiante nombrado en la presente mientras el estudiante está practicando o participando en las prácticas interescolares, practicas y/o competencias. Además, autorizo a un proveedor médico con licencia para evaluar, tratar y rehabilitar lesiones bajo la supervisión del Médico del Equipo de Distritos o la dirección del médico del atleta. Además, estos permiso autoriza, si los esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, para que los médicos hospitalicen, aseguren la consulta apropiada, para ordenar inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía para el estudiante nombrado en la presente. Por la presente acuerdo pagar por los honorarios del médico y/o cirujano, cargos de hospital y gastos relacionados por dicho cuidado medico de emergencia. Puedo dar permiso para la escuela de administración de atletismo, entrenadores y personal médico para consultar con el profesional médico autorizado quien ejecuta la sección 6 con respecto a una condición médica o lesión en el aquí denominado estudiante.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

F. La confidencialidad: La información en este CIPPE será tratada como confidencial por el personal de la escuela. Puede ser utilizado por la escuela de administración de atletismo, entrenadores y personal médico para determinar la elegibilidad atlética, para identificar condiciones médicas y lesiones, y para promover la seguridad y la prevención de lesiones. En caso de una emergencia, la información contenida en este CIPPE podrá ser compartida con el personal médico de emergencia. Información acerca de una lesión o condición médica no se compartirá con el público o los medios de comunicación sin el consentimiento por escrito de los padres o tutores.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

G. Comprender el proceso de recertificación: Cada vez que su hijo(a) sea atendido por un médico, el médico deberá completar y firmar un formulario de nueva certificación. Esta es la Sección 7 y la Sección 8 del formulario CIPPE, que está disponible en las Oficinas de Atletismo, la Oficina de Entrenadores Atléticos, o en el sitio web del Distrito Escolar de Lebanon.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

H. Comprender la póliza de seguro de Deportes: El Distrito Escolar de Lebanon proporciona una póliza de seguro en todod los deportes para cubrir a todos los atletas de Escuela Secundaria y Escuela Superior, incluyendo a las porristas y a los miembros de bandas. Esto se considera seguro secundario para aquellos estudiantes que están cubiertos por otro plan de seguros. En caso de una lesión relacionada con deportes, la lesión **DEBE** ser reportada **INMEDIATAMENTE** al oficial escolar indicado; este será el Director Atlético, entrenador o Director Atlético. La documentación del seguro debe ser devuelta dentro de los 30 días de la fecha de la sesión.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

SECCION 3: COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS DE UNA CONMOCION CEBRAL Y LESIÓN CEBRAL TRAUMÁTICA

¿Qué es una conmoción?

Una conmoción es una lesión cerebral que:

- Es causada por un golpe, impacto o sacudida a la cabeza o cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que funciona el cerebro de un estudiante.
- Puede ocurrir durante las prácticas y/o competencias en cualquier deporte.
- Puede suceder aun si un estudiante ha perdido el conocimiento.
- Puede ser serio aun si un estudiante le han dado un "toquecito" o "lo golpearon levemente."

Todas las conmociones son serias. Una conmoción puede afectar la habilidad del estudiante para desempeñar sus tareas de la escuela y otras actividades (tales como jugar video juegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de los estudiantes con una conmoción se mejoran, pero es importante darle tiempo para sanar al cerebro del estudiante.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción?

Las conmociones no se pueden ver, sin embargo, un estudiante con posible conmoción, pueden soler aparentes uno o más de los siguientes síntomas y/o el estudiante "no se siente bien" poco después, pocos días después, e incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Nausea o vómito
- Mareos o problemas de balance
- Visión doble o borrosa
- Molestia por la luz o el ruido
- Sentirse agotado, cansado, desganado o sin fuerza
- Dificultad para enfocarse
- Problemas de memoria
- Confusión

¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos o alguien más pueden sufrir una conmoción?

- **Los estudiantes que sienten algunos síntomas descritos anteriormente deben comunicarle inmediatamente su entrenador y padres.** También, si notan que algún compañero muestra tales síntomas, deben reportarlo inmediatamente a su entrenador.
- **Los estudiantes deben ser evaluados** por su entrenador atlético y un médico licenciado en medicina o medicina osteopática (MD o DO), suficientemente familiarizado con el manejo de la conmoción cerebral actual. Los médicos del equipo escolar del Distrito Escolar de Lebanon (LSD) y los entrenadores atléticos certificados evaluarán todas las lesiones en la cabeza para confirmar una conmoción cerebral. Los médicos de LSD y LSD son responsables de la salud y la seguridad de todos los estudiantes atlétas. En casos ocasionales, esto puede requerir reemplazar las recomendaciones de su médico. El personal de Medicina Deportiva del LSD seguirá el procedimiento paso a paso para volver a jugar para todas las conmociones cerebrales que comiencen con la eliminación del juego, el tratamiento adecuado hasta que no presenten síntomas o progreso gradual para volver a jugar. Los procedimientos son reconocidos por el Comité Asesor de Medicina Deportiva de la PIAA, así como por las conferencias nacionales e internacionales sobre gestión de conmociones cerebrales como normas de atención apropiadas.
- **Los estudiantes que sufrieron una conmoción deben tomar su tiempo para mejorar.** Si un estudiante ha sufrido una conmoción, el cerebro del estudiante necesita tiempo para sanar. Mientras que todavía está sanando el cerebro del estudiante que sufrió una conmoción, es más probable que ese estudiante sufra otra conmoción. Las conmociones repetidas pueden incrementar el tiempo que se toma para un estudiante que sufrió una conmoción para recuperarse y pueden causar más daño al cerebro del estudiante. Tal daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante que sufrió una conmoción repose y no regrese a practicar hasta que este reciba permiso de un MD o DO, lo suficientemente familiar con la administración de la conmoción, que el estudiante este libre de síntomas.

¿Como pueden evitar una conmoción los estudiantes? Cada deporte es diferente, pero existen pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse así mismos.

- El uso adecuado del equipo deportivo, incluyendo equipo de protección personal. Para que el equipo proteja adecuadamente a un estudiante este debe:
 - Ser el equipo correcto para el deporte, posición o activdad;
 - Usarlo correctamente y la medida correcta y que le quede, y
 - Usarlo cada vez que el estudiante practique y/o compita.
- Seguir las reglas del entrenador para seguridad y las reglas del deporte.
- Practicar buena deportividad todo el tiempo.

Si un estudiante cree que puede estar sufriendo una conmoción: No lo oculte. Repórtelo. Tómese su tiempo para recuperarse.

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y riesgo de una conmoción cerebral y lesiones cerebrales traumáticas mientras participa en atletismo interescolar, incluyendo los riesgos asociados con continuar a competir después de una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática.

Firma del Estudiante _____ Fecha ____/____/____

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y riesgo de una conmoción cerebral y lesiones cerebrales traumáticas mientras participa en atletismo interescolar, incluyendo los riesgos asociados con continuar a competir después de una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática.

Firma del Estudiante _____ Fecha ____/____/____

SECCION 4: COMPRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UN ATAQUE CARDIACO REPENTINO

¿Qué es un paro cardiaco repentino?

Paro cardiaco repentino (SCA, por sus siglas en inglés) es cuando el corazón para de latir, repentina e inesperadamente. Cuando esto sucede la sangre para de fluir hacia el cerebro y otros órganos vitales. SCA NO es un infarto. Un infarto puede causar SCA, pero no son lo mismo. Un infarto es causado por un bloqueo que detiene el flujo de la sangre al corazón. SCA es una disfunción en el Sistema eléctrico del corazón causando que el corazón repentinamente deje de latir.

¿Qué tan común es un paro cardiaco repentino en los Estados Unidos?

Cada año suceden como 300,000 paros cardiacos fuera de los hospitales. Cada año cerca de 2,000 pacientes menores de 25 mueren de SCA.

¿Existen señales de advertencia?

Aunque SCA suceden inesperadamente, algunas personas pueden tener síntomas o señales tales como:

- mareos
- Ligeramente aturdido
- Falta de respiración
- Dificultad para respirar.
- Aumento o palpitaciones fuertes del corazón (palpitaciones)
- Vértigo (desmayo)
- Fatiga (cansancio extremo)
- Debilidad
- Nausea
- Vomito
- Dolores de pecho

Estos síntomas pueden ser ambiguos y confusos en atletas. A menudo, las personas confunden estas señales de advertencia con cansancio físico. Se puede prevenir el SCA si las causas de origen pueden ser diagnosticadas y tratadas.

¿Cuáles son los riesgos de practicar o jugar después de tener estos síntomas?

Existen riesgos asociados con continuar a practicar o jugar después de sentir estos síntomas. Cuando el corazón se detiene, lo mismo que la sangre que fluye hacia el cerebro y otros órganos vitales. Puede ocurrir la muerte o daño cerebral permanente tan solo e pocos minutos. La mayoría de las personas que sufren un SCA se mueren de él.

Ley 59 – la Ley de Prevención Ataque Cardiaco Repentino (la Ley)

La Ley está intencionada a mantener seguros a los estudiantes atletas mientras practican o juegan. Los requerimientos de la Ley son:

Información acerca de los síntomas del SCA y señales de advertencia.

- Cada estudiante atleta y su padre o tutor debe leer y firmar este formulario. Debe regresarlo a la escuela antes de participar en cualquier actividad atlética. Se debe firmar y regresar un formulario nuevo cada año escolar.
- Las escuelas también pueden realizar reuniones informativas. Las reuniones pueden ocurrir antes de cada temporada de atletismo. Las reuniones pueden incluir estudiantes atletas, padres, entrenadores y oficiales de la escuela. Quizás las escuelas también quieran incluir médicos, enfermeras y entrenadores de atletismo.

Retiro de jugar/regreso a jugar

- Cualquier estudiante atleta que tiene signos o síntomas de SCA debe ser retirado de jugar. Los síntomas pueden suceder antes, durante o después de la actividad. Jugar incluye toda la actividad atlética.
- Antes de regresar a jugar, el atleta debe ser evaluado. La autorización para regresar a jugar debe ser por escrito. La evaluación debe ser realizada por un medico certificado, enfermera certificada registrada o cardiólogo (medico del corazón) El médico certificado o enfermera certificada registrada puede consultar cualesquier otros profesionales médicos certificados o licenciados.

He revisado y comprendido los síntomas y señales de advertencia del SCA.

Firma del estudiante-atleta

Nombre del Estudiante-atleta en letra de molde

Fecha ____/____/____

Firma del padre/tutor

Nombre del padre/tutor en letra de molde

Fecha ____/____/____

SECCIÓN 5: HISTORIAL DE SALUD

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.
Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

	Sí	No		Sí	No					
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Usted usa regularmente una abrazadera o dispositivo de asistencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. ¿Tiene usted una condición médica permanente (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. ¿Esta usted actualmente tomando algún medicamento con o sin receta (de venta libre) medicina o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Usted tose, resolla o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, polen, alimentos, o piquete de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado mientras HACIA ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez usted ha usado inhalador o tomado medicina para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Nació usted o le falta un riñón, ojo, testículo u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7. ¿Alguna vez ha tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho mientras hacia ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha usted tenido infección mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8. ¿Su corazón se altera o brinca los latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Usted tiene algunos sarpullidos, úlceras u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (marque todas las que aplican):			30. ¿Alguna vez usted ha tenido infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta			CONMOCIÓN O LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA							
<input type="checkbox"/> Soplo del corazón			31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión traumática del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Colesterol alto			32. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y ha estado confuso o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Infección cardíaca			33. ¿Siente usted mareos y/o dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10. ¿Alguna vez a ordenado un médico un examen para su corazón? (por ejemplo ECG, electrocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. ¿Alguna vez ha muerto un familiar sin ninguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Alguna vez se le han dormido, tenido cosquilleo o debilidad en sus brazos o piernas después de ser golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Alguna vez no ha sido capaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o se haya caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. ¿Algún familiar o pariente ha sido discapacitado o muerto por problemas cardíacos o de una muerte repentina antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Cuándo ejercita en el calor, tiene usted calambres musculares severos o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene anemia de células falciformes o anemia drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Ha usted tenido algunos problemas con sus ojos o vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como una torcedura de músculo o desgarre de ligamento, o tendinitis, que le haya causado faltar a una práctica o competencia? Si le ha pasado, encierre el área afectada a continuación:			41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
18. ¿Se le ha roto o fracturado algún hueso o dislocado una coyuntura? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Está usted infeliz con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
19. ¿Ha tenido una lesión sea o de coyuntura que requirió radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, un abrazadera, yeso o muletas? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Esta usted tratando de subir o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo brazo	Codo	Antebrazo	Mano/Dedos	Pecho			
Brazo espal da	Cintura	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/espina	Tobillo	Pie/Dedos			
20. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno por estrés?									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Se le ha dicho que usted tiene o tuvo una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#s	Explique aquí las respuestas "Sí":

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del Estudiante _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____

SECCIÓN 6: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO

Debe ser completado y firmado por el Examinador Médico Autorizado (AME por sus siglas en inglés) que realiza la evaluación física inicial comprensiva (CIPPE por sus siglas en inglés) del estudiante nombrado en la presente y entregado al **Director, o su designado**, de la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en el (los) deporte(s) de la escuela _____

Altura _____ Peso _____ % Grasa Corporal (opcional) _____ Arteria Braquial BP ____/____ (____/____, ____/____) RP _____
Si la presión arterial arteria braquial (BP) o pulso en reposo (RP por sus siglas en inglés) están arriba de los siguientes niveles, se recomienda una evaluación adicional del estudiante por su medico de cuidado principal.

Edades 10-12: BP: >126/82, RP: >104; **Edad 13-15:** BP: >136/86, RP >100; **Edad 16-25:** BP: >142/92, RP >96

Visión: R 20/____ L 20/____ Corregido: Si NO (encierre uno) Pupilas: Igual____ Desigual____

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Pulsos femorales para excluir la coartación de la aorta <input type="checkbox"/> Estigmas físicos del síndrome de Marfan
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Regrese		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL de SALUD, elaboré una evaluación física inicial de preparticipación del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal evaluación y del HISTORIAL de SALUD del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la sección 2 del formulario de evaluación física inicial comprensiva de preparticipación PIAA.

AUTORIZADO **AUTORIZADO**, con recomendación(es) para evaluación o tratamiento futuro para: _____

NO AUTORIZADO para los siguientes tipos de deportes (por favor marque aquellos que aplican):

Impacto Contacto Sin contacto Vigoroso Vigoroso Moderado No Vigoroso

A causa de _____

Recomendación(es)/Remisión(es) _____

Nombre AME (use letra de molde/mecanografía) _____ Núm de licencia _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma AME _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (encierre uno) Certificación Fecha de CIPPE ____/____/____