

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD)
HOJA DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ATLETISMO

Apellido, Nombre	Identificación del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Sexo	Deportes (Mencione todos los deportes en los que participa)
Dirección (No P.O. Boxes)		Ciudad		Código Postal	Teléfono de la casa
Nombre del padre/guardián	Empresa en la que labora	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	
Nombre de la madre/guardián	Empresa en la que labora	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	
Contacto de emergencia (No padres)		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	

Si su respuesta es "SI", por favor explique en una hoja por separado. Circule las preguntas de las que no conoce la respuesta. Si respondió SI a las preguntas 1, 2, 5, 7, 11 ó 17, es probable que requiera mayor evaluación médica y podría estar sujeto a un examen médico. Es necesario contar con una nota médica permitiéndole su participación en prácticas, juegos o torneos de la Liga Interacadémica Universitaria.

<p>1. ¿Has tenido enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Has estado en hospital, de un día para otro, el año pasado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas, o usando inhalador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, a medicina, a alimento o a picadura de insecto)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Te has mareado durante un ejercicio o después de él? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Has tenido dolor del pecho durante un ejercicio o después de él? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿A algún miembro de tu familia le han diagnosticado corazón crecido, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de largo QT, síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mono-nucleosis) durante el último mes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue la última concusión? _____ ¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo) _____ ¿Has tenido alguna vez un ataque? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tienes jaquecas frecuentes o graves? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usted tose, jadea o tiene problemas al respirar durante o después de alguna actividad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tienes asma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>12. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbra para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>13. ¿Has sufrido alguna vez luxación, distensión o hinchazón después de una lesión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o inflamación en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Codo</td> <td><input type="checkbox"/> Muslo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Rodilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Muneca</td> <td><input type="checkbox"/> Espinilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Mano</td> <td><input type="checkbox"/> Pantorrilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Dedo</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suprabrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Cadera</td> <td><input type="checkbox"/> Pie</td> </tr> </table> <p>14. ¿Quieres subir o bajar de tu peso actual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Te sientes tenso(a)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>16. Anota la fecha de tus vacunas más recientes para: Tetanos _____ Sarampion _____ Hepatitis B _____ Viruela _____</p> <p>17. ¿Estás al cuidado de un médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>SOLO MUJERES:</p> <p>18. ¿Cuándo tuviste tu primera regla? _____ ¿Cuándo ocurrió tu regla (menstruación) más reciente _____ ¿Cuánto tiempo pasa del principio de una regla al principio de la siguiente? _____ ¿Cuántas reglas tuviste el año pasado? _____ ¿Cuál fue el mayor tiempo entre dos reglas el año pasado? _____</p>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Espinilla	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo																	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla																	
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Espinilla																	
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla																	
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo																	
<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie																	

Si el individuo contesta afirmativamente alguna de las preguntas en relación a un posible problema cardiovascular (pregunta número cinco), como se indica en la solicitud, dicho individuo será limitado en su participación hasta que sea examinado y aprobado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera.

Explique Sus Respuestas _____

Circule todos los deportes en los que el estudiante tiene permitido participar:

Fútbol Voleibol Beisbol Lucha Libre Basquetbol Golf Soccer Softbol Tenis a Campo Traviesa Pista y Campo Natacion y Clavados

Nuestras firmas indican que hemos leído, entendido y aceptamos el documento por completo, así como el Historial Médico, el Acuerdo de Consumo de Esteroides, el Reglamento de la Liga Interacadémica Universitaria y el Manual de Información para los Padres de Familia.

Firma del Estudiante: _____ Firma del Padre/ Madre/Custodio: _____ Fecha: _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP _____/_____/_____ (_____/_____, ____/____)

Vision R 20/____ L 20/____ Corrected: Yes No Pupils: Equal _____ Unequal _____

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high athletic participation and again prior to first and third years of high school athletic participation. It **must** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side.
**Local district policy may require an annual physical exam.*

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

*station-based examination only

CLEARANCE

- Cleared
- Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number(s): _____ Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.