

# EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN 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 y 2 por el padre/tutor; 3 y 4 por el padre/tutor y el estudiante; y la sección 5 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 se puede realizar antes del 1 de junio y debe ser efectivo, sin importar cuando se realizo 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 5 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 6 se debe completar.

## SECCIÓN 1 INFORMACION PERSONAL Y DE EMERGENCIA

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad del estudiante en su último cumpleaños: \_\_\_\_ Grado para el año escolar actual: \_\_\_\_

Dirección física actual \_\_\_\_\_

Número telefónico privado actual ( ) \_\_\_\_\_ Núm. de celular actual del padre/tutor ( ) \_\_\_\_\_

Deporte(s) de otoño: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_, MD o DO (seleccione uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Alergias del alumno \_\_\_\_\_

Condición(es) de Salud del Estudiante la(s) cuales debe saber el médico de emergencia \_\_\_\_\_

Medicamentos prescritos al estudiante \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2 CERTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR

**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 intraescolares, prácticas de quipo y/o competencias durante el año escolar de 20\_\_\_\_ a 20\_\_\_\_ en el (los) deporte(s) como está indicado por mi(s) firma(s) después del nombre de dicho deporte(s) aprobados a continuación.

Deportes de otoño	Firma del padre O tutor
Campo traviesa	
Hockey sobre césped	
Fútbol	
Golf	
Fútbol soquer	
Tenis femenino	
Vólibol Femenil	
Water Polo	
Otro	

Deportes de invierno	Firma del Padre o Tutor
Basquetbol	
Boliche	
Espíritu competitivo	
Fimnacia femenino	
Tiro	
Natación y clavados	
Atletismo (bajo techo)	
Lucha	
Otro	

Deportes de primavera	Firma del Padre o Tutor
Beisbol	
Lacrosse (masculino)	
Lacrosse Femenil	
Softball	
Tenis masculino	
Atletismo (al aire libre)	
Vólibol masculino	
Otro	

**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 practicas 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](http://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 intraescolares 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 de prácticas intraescolares, 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 cuidado médico de emergencia:** Otorgo el consentimiento para que un proveedor de cuidado médico de emergencia para administrar cualesquier 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, prácticas y/o competencias. **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.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**F. Comprensión de los riesgos de una conmoción cerebral y lesiones en la cabeza:** Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y riesgo de una conmoción cerebral y lesiones en la cabeza mientras participa en atletismo intraescolar, incluyendo los riesgos asociados con continuar a competir después de una conmoción cerebral o lesiones en la cabeza. La información relevante para conmoción cerebral en deportes de secundaria esta disponible en el sitio web PIAA en [www.piaa.org/piaa-for/sports-med](http://www.piaa.org/piaa-for/sports-med).

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SECCIÓN 3 COMPRENSIÓN DEL RIESGO DE CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIONES CEREBRALES TRAUMÁTICAS

### ¿Qué es una concusión?

Una concusión es una lesión cerebral que:

- Es causada por un golpe, golpe o sacudida a la cabeza o el cuerpo.
- Puede cambiar el funcionamiento cerebral de un alumno normalmente.
- Puede ocurrir durante las prácticas y concursos en cualquier deporte.
- Puede suceder incluso si un estudiante no ha perdido la conciencia.
- Pueden ser graves, incluso si un estudiante ha sido sólo "dinged" o "tenía su campana sonar".

Concusiones todas son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad de un alumno para hacer trabajos escolares y otras actividades (como jugando videojuegos, trabajar en un equipo, estudiar, conducir o ejercicio). Mayoría de los estudiantes con una conmoción cerebral obtener mejor, pero es importante dar cerebro tiempo del estudiante concussed para sanar.

### ¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

No pueden considerarse conmociones; Sin embargo, en un estudiante potencialmente concussed, **uno o más** de los síntomas enumerados a continuación puede ponerse de manifiesto y que el estudiante "no se siente bien" poco después, unos días después, o incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión borrosa o doble
- Molestado por luz o ruido
- Sentirse lento, brumoso, niebla o náuseas
- Prestando atención de dificultad
- Problemas de memoria
- Confusión

### ¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos o alguien puede tener una conmoción cerebral?

- **Estudiantes sentimiento alguno de los síntomas establecidos anteriormente deben decirle inmediatamente a su entrenador y sus padres.** También, si les aviso cualquier compañero que acrediten tales síntomas, debería inmediatamente dicen su entrenador.
- **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico con licencia de medicina o medicina osteopática (MD o no), suficientemente familiarizados con la actual administración de concusión, debe examinar el estudiante, determinar si el alumno tiene una contusión y determinar cuando el estudiante está despejado para volver a participar en atletismo intercolegiado.
- **Concussed estudiantes deben darse tiempo para conseguir mejor.** Si un estudiante ha sufrido una conmoción cerebral, el cerebro del alumno necesita tiempo para sanar. Mientras que el cerebro de un estudiante concussed todavía es curativo, ese estudiante es mucho más probable que tengan otra conmoción. Concusiones repetición pueden aumentar el tiempo de toma para que un estudiante ya concussed recuperar y puede causar más daño al cerebro del alumno. Ese daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante concussed descansa y no volver a jugar hasta que el alumno recibe permiso de un MD o no, suficientemente familiarizado con la actual administración de concusión, que el estudiante es libre de síntomas.

**Cómo los estudiantes pueden prevenir una conmoción cerebral?** Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse.

- Utilice el equipamiento deportivo adecuado, incluyendo equipo de protección personal. Para que los equipos proteger adecuadamente a un estudiante, debe ser:
  - El equipo adecuado para el deporte, posición o actividad;
  - Usados correctamente y el tamaño correcto y ajuste; y
  - Utilizada cada vez las prácticas del alumno o compete.
- Seguir reglas del entrenador para la seguridad y las reglas del deporte.
- Practicar buen espíritu deportivo en todo momento.

**Si un estudiante cree que pueden tener una conmoción cerebral:** No ocultarlo. Informe de él. Tómese tiempo para recuperarse.

Por la presente, reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral y lesión cerebral traumática mientras participan en atletismo intercolegiado, incluyendo los riesgos asociados con los continuos a competir tras una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por la presente, reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral y lesión cerebral traumática mientras participan en atletismo intercolegiado, incluyendo los riesgos asociados con los continuos a competir tras una conmoción cerebral o lesión cerebral traumática.

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SECCIÓN 4 HISTORIAL DE SALUD**

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.

Circule las preguntas a las que no sabe la respuesta.

- |   | 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"/> |
| 2. ¿Tiene usted una condición médica permanente (como asma o diabetes)?   | <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"/> |
| 4. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, polen, alimentos, o piquete de insectos?   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado mientras HACIA ejercicio?   | <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"/> |
| 7. ¿Alguna vez a tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho mientras hacia ejercicio?  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Su corazón se altera o brinca los latidos cuando hace ejercicio?  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 9. Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (marque todas las que aplican):   |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón  |                          |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Infección cardíaca |                          |
| 10. ¿Alguna vez a ordenado un médico un examen para su corazón? (por ejemplo ECG, electrocardiograma)                                 | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez a muerto un familiar sin ninguna razón?   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardiacos?   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Algún familiar o pariente ha sido discapacitado o muerto por problemas cardiacos o de una muerte repentina antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfán?  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez a pasado la noche en un hospital?   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?  | <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: | <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"/> |
| 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"/> |

Cebeza	Cuello	Hombro	Brazo o brazo	Codo	Antebrazo	Mano/Dedos	Pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo espal da	Cintura	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/espinilla	Tobillo	Pie/Dedos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura de estrés?  Sí  No

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. ¿Se le ha dicho que usted tiene o tuvo una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Usted usa regularmente una abrazadera o dispositivo de asistencia?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene asma o alergias?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Usted tose, resolla o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUES del ejercicio?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?   | <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"/> |
| 27. ¿Nació usted o le falta un riñón, ojo, testículo u otro órgano?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Ha usted tenido infección mononucleosis (mono) en el último mes?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Usted tiene algunos sarpullidos, úlceras u otros problemas de la piel?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Alguna vez usted ha tenido infección de herpes en la piel?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONMOSIÓN CEREBRAL O LESION EN LA CABEZA**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión en la cabeza?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y ha estado confuso o perdido la memoria?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Siente usted mareos y/o dolores de cabeza con el ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?  | <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"/> |
| 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"/> |
| 37. ¿Cuándo ejercita en el calor, tiene usted calambres musculares severos o se enferma?                                  | <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"/> |
| 39. ¿Ha usted tenido algunos problemas con sus ojos o vista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. ¿Está usted infeliz con su peso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. ¿Esta usted tratando de subir o bajar de peso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de alimentación?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. ¿Usted limita o cuidadosamente controla lo que come?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**SOLO MUJERES**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 47. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. ¿Qué edad tenia cuando tuvo su primer periodo menstrual? | _____                    | _____                    |
| 49. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?     | _____                    | _____                    |
| 50. ¿Esta usted embarazada?                                  | <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 5 EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PRE PARTICIPACIÓN 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 coartacion 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) Fecha de CIPPE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SECCIÓN 6 RECERTIFICACIÓN POR EL PADRE/TUTOR

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del (los) deporte(s) en la temporada de deporte(s) identificados en la presente por el padre/tutor de cualquier estudiante quien quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar. El Director, o su designado, de la escuela del estudiante nombrado en la presente debe revisar el HISTORIAL DE SALUD SUPLEMENTAL

Si algunas preguntas de HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL son marcadas o encerradas como sí, el estudiante nombrado en la presente debe requerir que el estudiante complete la sección 6, recertificación por un médico certificado de medicina o medicina osteopatía, al director, o su designado, de la escuela del estudiante.

### HISTORIAL MEDICO ADICIONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad del estudiante en su último cumpleaños: \_\_\_ Grado para el año escolar actual:

Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION PERSONAL (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información personal establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia**

Dirección residencial actual \_\_\_\_\_

Número telefónico privado actual ( ) \_\_\_\_\_ Núm. de celular actual del padre/tutor ( ) \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION DE EMERGENCIA (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información de emergencia establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia**

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_, MD o DO (seleccione uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL:**

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.

Circule las preguntas a las que no sabe la respuesta.

	Sí	No		Sí	No
1. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido una enfermedad y/o lesión que requiera atención médica de un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha tenido algunos episodios de falta de respiración, falta de respiración inexplicables, silvancias y/o dolor de pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desde la culminación de CIPPE ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Desde la culminación de CIPPE, ¿está tomando algún medicamento NUEVO sin receta (de venta libre) medicinas o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha usted tendido episodios de mareo, perdido el conocimiento y/o quedado inconciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?	<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 7 CERTIFICACIÓN POR UN MÉDICO CERTIFICADO DE MEDICINA O MEDICINA DE OSTEOPATÍA

Este formulario debe ser completada por cualquier estudiante quien, después de completar las secciones del 1 al 4 de este formulario CIPPE, requiere tratamiento médico de un médico certificado en medicina o medicina de osteopatía. La sección 6 debe ser completada en cualquier momento después de completar tal tratamiento médico. Al completarlo, se debe devolver el formulario al **director, o su designado, de la escuela del estudiante, que, con arreglo al ARTÍCULO X, GESTIÓN Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y Deberes del Principal, Subsección C, de la Constitución PIAA, "excluirá a cualquier concursante que ha sufrido una enfermedad grave o lesión hasta ese concursante se pronuncia aptos físicamente por médico con licencia de la escuela de medicina osteopática o medicina, o si ninguno está empleado, por otro médico con licencia de la medicina o medicina osteopática.**

**NOTA:** El médico completando este formulario primero debe revisar las secciones 4 y 5 del estudiante aquí nombrado previamente completado el formulario CIPPE. La sección 5 también debe ser revisada si ambas 1) este formulario es usado por el estudiante aquí nombrado para participar en prácticas, practicas interescolares, prácticas, y/o competencias en la siguientes temporada de deportes en el mismo año escolar y 2) el estudiante aquí nombrado ya sea que marcó si o encerró cualesquier preguntas de historial de salud suplementario en la sección 5.

Si el médico que completa este formulario está aprobando al estudiante nombrado en la presente subsiguiente a que el estudiante sostuvo una conmoción cerebral o **lesiones cerebrales traumáticas**, que el médico debe estar suficientemente familiarizado con el control de la conmoción cerebral actual al grado que medico puede certificar que todos los aspectos de evaluación, tratamiento y riesgo de la lesión han sido cubiertos completamente por el médico.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Inscrito en \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Condición (es) tratadas desde la conclusión del formulario CIPPE del estudiante nombrado en la presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A. AUTORIZACIÓN GENERAL:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional sin restricciones, excepto aquellas, si las hay, establecidas en la Sección 4 del formulario CIPPE del estudiante.

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**B. AUTORIZACIÓN LIMITADA:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional además de las restricciones, si las hay, establecidas en la Sección 4 del formulario CIPPE del estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Numero de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 8 PESO MÍNIMO DE LUCHA CIPPE

### INSTRUCCIONES

De acuerdo al Programa de Control de Peso adoptado por PIAA, antes de la participación de cualquier estudiante en lucha interescolar, el Peso Máximo de Lucha (MWW por sus siglas en inglés) en la cual el estudiante puede luchar durante la temporada debe ser 1) certificada por el Examinador Medico Autorizado (AME), y 2) establecido NO ANTES DE seis semanas antes del día de la Primera Competencia Regular de la Temporada y NO DESPUES DE el lunes después del primer día de Competencia de la Temporada Regular de la temporada de lucha (ver la NOTA 1). Esta certificación debe ser provista y mantenida por el director del estudiante o su designado.

En certificar el MWW, el AME debe primero hacer una determinación de la gravedad específica de orina/peso corporal y porcentaje de grasa corporal, se le debe dar la información de una persona autorizada para hacer tal evaluación ("el evaluador"). Esta determinación debe ser consistente con la federación nacional de las asociaciones de escuelas secundarias del estado (NFHS por sus siglas en inglés) regla 1 de lucha, competencia, sección 3, programa de control de peso, la cual requiere, en parte relevante, evaluación de hidratación con una seriedad específica no mayor a 1.025, y una evaluación de grasa corporal inmediata, como esta determinado por la asociación de entrenadores de lucha (NWCA por sus siglas en inglés) calculador de desempeño optimo (OPC, por sus siglas en inglés), edición académica (junto, le "evaluación inicial").

Donde la evaluación inicial establece el porcentaje de la grasa corporal debajo de 7% para un varón o 12% para una mujer, el estudiante debe obtener el consentimiento de un AME para participar.

Para todos los luchadores, el MWW debe ser certificado por un AME.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Inscrito en \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN INICIAL

Por la presente certifico que he realizado la evaluación inicial del estudiante aquí nombrado consistente con el NWCA OPC, y he determinado lo siguiente:

Gravedad específica de la orina/peso corporal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ porcentaje de grasa corporal \_\_\_\_\_ MWW \_\_\_\_\_

Nombre del evaluador (use letra de molde/mecanografiado) \_\_\_\_\_ Núm. de  
identificación del evaluador \_\_\_\_\_

Firma del evaluador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN

Conforme a las instrucciones establecidas anteriormente en la evaluación inicial, he **determinado que el estudiante aquí nombrado está aprobado** para luchar en la MWW de \_\_\_\_\_ durante la temporada de lucha del 20\_\_\_\_ al 20\_\_\_\_.

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

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma AME's \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP Fecha de certificación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(encierre uno)

Para una apelación de la evaluación inicial, vea la NOTA 2.

### NOTAS:

1. Para luchadores del último año de bachillerato probándose para el equipo DESPUÉS del lunes antes del día de competencia de la temporada regular de la temporada de lucha el OPC permanecerá abierto hasta el 15 de enero y para los luchadores de la escuela secundaria y bachillerato pero no en su último año probándose para el equipo DESPUÉS del lunes antes del día de competencia de la temporada de lucha el OPC permanecerá abierto por toda la temporada.
2. Cualquier atleta que no esté de acuerdo con la evaluación inicial puede apelar los resultados de la apelación una vez al hacerse una segunda prueba, la cual debe ser realizada antes de la primera temporada de la competencia de lucha y debe ser consistente con el plan de reducción de peso (descender) del atleta. Después de lo anterior, los resultados obtenidos de la segunda evaluación deben reemplazar a la evaluación inicial; por lo tanto, no se permitirá ninguna apelación de ninguna parte. La segunda evaluación debe utilizar ya sea la Petismografía de Desplazamiento de Aire (Bod Pod) o examen de peso hidrostático para determinar el porcentaje de grasa corporal. Se debe realizar el examen de gravedad específica de la orina y el atleta debe obtener un resultado menor o igual a 1.025 para que pueda proceder la segunda evaluación. Todos los gastos causados en la segunda evaluación deben ser la responsabilidad de aquellos que apelan la evaluación inicial.