



EVALUACIÓN INICIAL COMPRENSIVA FÍSICA 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, 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.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN 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: _____

INFORMACIÓN 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 publico _____, para participar en las prácticas, prácticas interescolares, 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.

Otoño Deportes	Firma del padre O tutor
Carrera de campo traviesa	
Hockey sobre césped	
Fútbol Americano	
Golf	
Futbol	
Tenis femenino	
Voleibol femenino	
Water Polo	
Otros	

Deportes de invierno	Firma del padre O tutor
Basquetbol	
Boliche	
<i>Spirit Squad</i> Competitivo	
Gimnasia femenino	
Tiro	
Natación y clavados	
Atletismo (bajo techo)	
Lucha	
Otros	

Deportes de primavera	Firma del padre O tutor
Basquetbol	
Lacrosse varonil	
Lacrosse femenino	
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 de prácticas 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 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 ____/____/____

SECCIÓN 3: COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIÓN CEREBRAL 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.
- **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico certificado de medicina o osteopatía (MD o DO), suficientemente familiar con el control actual de conmoción, debe examinar al estudiante, determinar si el estudiante sufre una conmoción y determinar cuando el estudiante está listo para regresar a participar en atletismo interescolar.
- **Los estudiantes que sufrieron una conmoción deben tomar su tiempo para mejorar.** Si un estudiante a 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 activad;
 - 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 padre/tutor _____ Fecha ____/____/____
Parent's/Guardian's Signature _____ Date ____/____/____

SECCIÓN 4: COMPRENSIÓN DE LOS SINTOMAS Y SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UN ATAQUE CARDIACO REPENTINO

¿Qué es un paro cardíaco repentino?

Paro cardíaco 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 cardíaco 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 aturcido
- Falta de respiración
- Dificultad para respirar.
- Aumento o palpitaciones fuertes del corazón (palpitaciones)
- Vértigo (desmayo)
- Fatiga (cansancio extremo)
- debilidad
- náusea
- 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 Cardíaco 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 médico certificado, enfermera certificada registrada o cardiólogo (médico 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

Escriba con letra de molde el nombre del estudiante atleta

Fecha ____/____/____

Firma del padre/tutor

Imprima con letra de molde el nombre del padre/tutor

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 desgarrar de ligamento, o tendinitis, que le haya causado faltar a una práctica o competencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si le ha pasado, encierre el área afectada a continuación:			42. ¿Está usted infeliz con su peso?	<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"/>	43. ¿Esta usted tratando de subir o bajar de 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"/>	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"/>		
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo izquierdo	Codo	Antebrazo	Mano/Dedos	Pecho
Brazo espal	Cintura	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/espinal	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"/>					
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 6: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO

Debe ser completado y firmado por el Examinador Medico 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) Autorizado Fecha de CIPPE ____/____/____

Revised: March 22, 2013

SECCIÓN 7: 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 8, 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. Encierre 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 cerebral traumática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Desde la culminación del CIPPE, esta tomando algunos medicamentos o pastillas prescritas NUEVOS? | <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 8: Recertificación 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 6 de este formulario CIPPE, requiere tratamiento médico de un médico certificado en medicina o medicina de osteopatía. La sección 8 debe ser completada en cualquier momento después de completar tal tratamiento médico. Al terminar, el formulario debe ser entregado al **Director, o el asignado por el director, de la escuela** del estudiante, quien, en cumplimiento al ARTÍCULO X, ADMINISTRACION Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y deberes del director, subsección C, de la Constitución PIAA, debe "excluir cualquier concursante quien sufrido una enfermedad o lesión seria hasta que el concursante sea declarado físicamente saludable por el médico en medicina certificado o medicina de osteopatía de la escuela o si ninguno es empleado, por otro medico certificado de medicina o medicina de osteopatía.

NOTA: El médico completando este formulario primero debe revisar las secciones 5 y 6 del estudiante aquí nombrado previamente completado el formulario CIPPE. La sección 7 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 7.

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 lesión cerebral traumática, ese médico debe estar suficientemente familiarizado con el control de la conmoción cerebral actual al grado que este puede certificar que todos los aspectos de evaluación, tratamiento y riesgo de la lesión han sido cubiertos completamente por ese 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 6 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 6 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 9: 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 óptimo (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 de la escuela media superior que egresan del equipo DESPUES del lunes después del día de la competencia de la temporada regular de la temporada de lucha el OPC permanecerá abierto hasta el 15 de enero y para los luchadores estudiantes de escuela secundaria/media inferior egresando del equipo DESPUES del lunes seguido del primer día de competencia de la temporada regular el OPC permanecerá abierto toda la temporada.

2. Cualquier atleta no conforme con la evaluación inicial puede apelar los resultados de la evaluación por una vez al realizar una segunda evaluación, la cual debe realizarse antes de la competencia de la primera temporada regular del atleta y debe consistir con el plan de reducción de peso del atleta (descender). En cumplimiento a lo anterior, los resultados obtenidos de la segunda evaluación deben prevalecer a la evaluación inicial, por lo tanto, no se permitirá otra apelación de cualquier parte. La segunda evaluación debe utilizar ya sea por una pletismografía de desplazamiento de aire (Bod Pod) o peso hidrostático para determinar el porcentaje de grasa corporal. El examen de gravedad específica de la orina deberá ser conducida y el atleta debe obtener un resultado de menos o igual a 1.025 para que pueda proceder la segunda evaluación. Todos los gastos contraídos en la segunda evaluación son la responsabilidad de la parte que apela la evaluación inicial.