

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD)  
**2021 - 2022 FORMA DE PARTICIPACIÓN**

## ESCUELA

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

Esta forma debe de estar en el archivo antes de participar en cualquier practica, actuación, juego de practica o competicion; antes, durante o despues de escuela incluyendo periodo atletico

1. ¿Has tenido alguna enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general?

2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado?   
¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?

3. ¿Has tenido un examen del corazón ordenado por un médico?  
¿Qué edad? \_\_\_\_\_

¿Qué fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él?   
¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio?   
¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio?   
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?   
¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol?   
¿Te han dicho que tienes murmullo cardíaco?   
¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años?   
¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilatado cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de largo QT, o otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco anormal?   
¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?   
¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón?

4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza?   
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria?   
Si es sí, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última concusión? \_\_\_\_\_   
¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo)   
¿Has tenido alguna vez un ataque?   
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?   
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies?   
¿Alguna vez has sentido agujíón, ardor o pellizco en un nervio?   
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?   
6. Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica?   
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas?   
8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)?   
¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico?   
9. ¿Te has mareado durante o después algún ejercicio?   
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)?

- |  | Sí                       | No                                  |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Has sido diagnosticado de asma?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Tienes un inhalador recetado?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbran para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)?              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algún articulasion?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sí es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:   |                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Pies  |                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla  |                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Suprábrazo <input type="checkbox"/> Muneca <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo  |                          |                                     |
| 16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. ¿Te sientes estresado/a?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. ¿Has sido alguna vez diagnosticado o sido tratado de rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes inmune, desórdenes sangrantes, etcétera.)   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha dado positivo para Covid-19?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <u><b>SOLO HOMBRES:</b></u>  |                          |                                     |
| 21. ¿Te falta en testicle?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Tienes hinchazón tesicular o masas?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <u><b>SOLO MUJERES:</b></u>  |                          |                                     |
| 22. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual?  |                          |                                     |
| ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?   |                          |                                     |
| ¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una mestruacion al principio del siguiente?  |                          |                                     |
| ¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año?   |                          |                                     |
| ¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año?  |                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> No es necesario un (ECG) electrocardiograma. Marcando esta casilla, yo obtener un ECG para mi estudiante como manera de evaluar mejor su estado cardiaco en el formulario de Concienciación Sobre Paro Cardíaci Repentino de la UIL |                          |                                     |
| Yo leo y entiendo la información sobre la evaluación cardiaca. Tambien entiendo que es la responsabilidad de mi familia programar y pagar el costo del ECG.  |                          |                                     |

Explique Sus Respuestas \_\_\_\_\_

*Se entiende que aún que el atleta use el equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue habiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesión. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento medico inmediato a causa de un accidente ó enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier médico, entrenador atlético, enfermera, hospital, ó representante de la escuela. Estoy de acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela ó a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquier de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. Si entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, ó en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad ó accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesión.*

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis respuestas al encime de preguntas son completas y correcto. El fracaso de proporcionar las respuestas veraces podrian sueter a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.

**Firma del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/Madre/Custodio:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

WILSON LIBRARY OF THE AMERICAN LIBRARIES ASSOCIATION

Doctor:

**Firma del Padre/  
Madre/Custodio:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

School Official: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

# PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

BP	/	/	/
----	---	---	---

% Body fat (optional) \_\_\_\_\_

*brachial blood pressure while sitting*

Vision R 20/\_\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_\_

Corrected:  Y  N

Pupils: Equal \_\_\_\_\_ Unequal \_\_\_\_\_

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
<b>MEDICAL</b>			
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) If indicated			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

**Austin ISD requires that each athlete have an annual physical dated after April 15, 2021**

## CLEARANCE

Cleared; Recommendations: \_\_\_\_\_

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_

Not cleared for: \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM