

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	

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

	Si	No		Si	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sido diagnosticado de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido un examen del corazón ordenado por un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que edad? _____			¿Tienes un inhalador recetado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que fue el diagnóstico? _____			14. ¿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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? ¿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algun otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algun articulacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:		
¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pierna		
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pies		
¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inexplicable antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Suprabracho <input type="checkbox"/> Muneca <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla		
¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilata cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de largo QT, or otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes inmune, desórdenes sangrantes, ADHD, desórdenes de salud mental, etcétera.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO HOMBRES:</b>		
Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión? _____			20. ¿Te falta en testicle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo)			¿Tienes hinchazón testicular o masas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna vez un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO MUJERES:</b>		
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual?	_____	
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?	_____	
¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una menstruacion al principio del siguiente?	_____	
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año?	_____	
6. ¿Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año?	_____	
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Elijo no proporcionar información escrita sobre las preguntas 20 o 21, pero la discutiré con un médico. <input type="checkbox"/>		
8. ¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No es necesario un (ECG) electrocardiograma. Marcando esta casilla, yo obtener un ECG para mi estudiante como manera de ecaluar mejor su estado cardiaco en el formulario de Concienciación Sobre Paro Cardiaco Repentino de la UIL. Yo leí y entiendo la información sobre la evaluación cardiaca. Tambien entiendo que es la responsabilidad de mi familia programar y pagar el costo del ECG.		
¿Tienes alergias (p.ej. al alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique Sus Respuestas _____		
¿Se requiere un epipen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
9. ¿Te has mareado durante o después algun ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

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 cualquiera 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 ó lesión.

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son completas y correcto. El fracaso de proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.		
Firma del Estudiante: _____	Firma del Padre/ Madre/Custodio: _____	Fecha: _____
<b>This Medical History Form was reviewed by:</b>		
Doctor: _____ Signature	School Official: _____ Signature	

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION**

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

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

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

brachial blood pressure while sitting

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

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, 2025**

**CLEARANCE**

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

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

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

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

<p><b>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.</b></p>	
Name (print/type) _____	Date of Examination: _____
Address: _____	Phone: _____
Signature: _____	SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM

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