



2015 – 2016  
EXAMEN FISICO  
PARA DEPORTES



# Austin Independent School District

## Athletic Training Services



### Sports Physical Resource List

The **BEST** place to get a sports physical and an annual physical exam is with your child's physician. Annual exams are very important to identify current medical concerns AND prevent future problems. Please see the following list of clinics that will give pre-participation physicals for students who do not have their own family physician.

Please take the AISD forms with you so your child's physician can review the front page and complete the physical exam. **The AISD Pre-Participation Physical Packet is REQUIRED. NO OTHER FORMS WILL BE ACCEPTED.** All clinics require that the packet be completed prior to the appointment; including parent/guardian signatures. Please pick one up at your school or go on-line to [www.austinisd.org/athletics/forms](http://www.austinisd.org/athletics/forms).

PRIMARY CARE CLINICS – Must Call for Appointment			
	Address	Phone #	Price \$
Carousel	<a href="http://www.carouselhealth.com">www.carouselhealth.com</a>	512-744-6000	
Children's Health Express	<a href="http://www.dellchildrens.net/services_and_programs/childrens_health_express">www.dellchildrens.net/services_and_programs/childrens_health_express</a>	512-324-0060	\$15
CommUnity Care Services	<a href="http://www.communitycaretx.org">www.communitycaretx.org</a>	512-978-9015	
Lone Star Circle of Care	1221 Ben White 78704	1-877-800-5722	
	11111 Research Blvd (adjacent to Seton Northwest in Health Plaza)		
People's Community Clinic	2909 N IH 35	512-478-4939	
Seton Community Health Centers	2811 E 2 <sup>nd</sup>	512-324-4930	
	3706 S 1 <sup>st</sup>	512-324-4940	
	8913 Collinfield	512-324-6850	
Texas Sports and Family Medicine	3200 Red River St.	512-473-0201	
Victory Medical and Family Care	4303 Victory Drive	512-462-3627	\$50
Austin Regional Clinic	<a href="http://www.austinregionalclinic.com">www.austinregionalclinic.com</a>	512-272-4636	

URGENT CARE CLINICS – Walk-In Only			
	Address	Phone #	Price \$
Nextcare	6001 W William Cannon Suite 302	512-288-3627	\$25
Austin Immediate Care	5000 W Slaughter Lane	512-282-2273	\$60
MedSpring Urgent Care	11521 N Ranch Rd 620 Suite 100	512-402-6830	\$39
	3906 N. Lamar Suite 100	512-861-8040	
	208 W Ben White	512-861-8060	
	2120 Guadalupe Suite 100	512-861-8030	
Concentra Urgent Care	10001 N IH 35 Frontage #300	512-440-0555	\$35
	4301 W William Cannon Dr #320	512-467-6608	
	9333 Research Blvd #400	512-467-7232	
Pro-Med Medical Care Centers	2000 W Anderson Lane	512-459-4367	\$39
	3801 S Lamar	512-447-9661	
	13831 N Hwy 183	512-250-0424	
Care Spot Express	401 W Slaughter Lane Suite 300	512-686-4227	\$45
	500 W Canyon Ridge Dr Suite J350	512-253-4931	
Texan Urgent Care	1920 Riverside Blvd Suite A-110	512-326-1600	\$50
	3607 Manor Rd Suite 100	512-928-4600	
RediClinic (Inside HEB)	6900 Brodie Lane	512-892-2300	\$59
	500 Canyon Ridge Drive	512-836-9000	
Minute Clinic (Inside CVS)	2610 Lake Austin Blvd	866-389-2727	\$59
	5526 S Congress Ave		
	3500 W Slaughter Lane		
	11300 N Lamar Blvd		



## **Distrito Escolar Independiente de Austin**

Atletismo Interscholástico  
3200 Jones Road Austin, Texas 78745  
(512) 414-1050; Fax (512) 414-0469

Estimados Padres/Tutores Legales:

Para que su hijo(a) participe en las actividades de atletismo de AISD, es necesario presentar un examen físico anual. Este examen deberá estar fechado después del 15 de Abril y será válido por un año escolar.

Adjunta encontrará la forma del examen físico que deberá ser llenada por usted y un médico. Ya que la forma haya sido llenada, deberá devolverse al entrenador(a) de atletismo antes de la participación deportiva de su hijo(a) en el año escolar 2015-2016.

Sí su hijo(a) tiene doctor(a), es muy importante que lo visite para éste examen, ya que es él/ella quien conoce a su hijo(a) y su historial médico. Esto es especialmente importante sí su hijo(a) ha tenido una condición médica anterior ó está actualmente recibiendo atención por cualquier condición médica incluyendo el asma. Sí su hijo(a) no tiene doctor(a), usted debe ante todo encontrar un doctor(a) y hacer una cita con él/ella en su consultorio ó clínica. Lo ideal es tener ésta cita entre el 1 de Mayo y el 1 de Agosto del 2015.

Existe otra opción para aquellos jóvenes que no tienen un doctor(a) de cabecera. Un grupo de doctores y enfermeras se han ofrecido voluntariamente a hacer exámenes físicos deportivos en grandes sesiones durante Abril y Mayo del 2015. Los exámenes físicos para escuelas secundarias se llevarán a cabo el 23 de Abril y 28 de Abril, y los de las escuelas preparatorias el 12 de Mayo y 13 de Mayo. Este examen físico será realizado por médicos especialistas los cuales se encontrarán localizados en diversas "estaciones". La escuela de su hijo(a) será asignada a un sitio y una fecha específicos después que todas las formas se hayan devuelto. AISD proveerá traslado en autobús al sitio asignado para cada escuela participante. Por favor haga planes para recoger personalmente a su hijo(a) en el lugar asignado y de ésta manera pueda contestar alguna pregunta que el doctor(a) pueda tener. Sí usted no puede recoger a su hijo(a), AISD proveerá transportación en autobús a su casa. Los exámenes físicos serán proporcionados por el Departamento de Atletismo de AISD en conjugación con el Hospital para Niños Dell y la Sociedad Médica del Condado de Travis.

Sí su hijo(a) va a participar en los exámenes físicos éste año, necesitamos lo siguiente:

- El paquete del examen físico completo, incluyendo las firmas del padre/tutor y del estudiante, la información de contacto del atleta, y su historial médico.
- El formulario de Project Access completo.
- Todas las formas devueltas al Coordinador Deportivo para la fecha indicada.

El día del examen físico:

- Lleve ropa cómoda, por ejemplo pantalones cortos (shorts) y camiseta.
- Lleve anteojos ó lentes de contacto sí es necesario.
- No haga ejercicio inmediatamente antes de asistir al examen físico.
- Lleve algo para comer y beber, ya que puede estar en el lugar pasado de la cena.

Sí tiene preguntas acerca de éstos exámenes físicos, favor de comunicarse con Denise Vanlandingham en la Oficina de Atletismo al teléfono 414-1042.

## Requisito De Examen Físico y La Participación

Es necesario presentar un examen físico anual para participar en las actividades de atletismo de AISD. Este examen deberá estar fechado después del 15 de Abril y será válido por un año escolar. Cualquier examen físico será válido por un año escolar sin importar la fecha del examen. El departamento de atletismo de AISD estará ofreciendo exámenes físicos gratis en Mayo. Contacté a su entrenador para más información acerca de estos exámenes físicos. Cualquier cambio en su estado médico o visita a un proveedor de servicios médico durante el año, requerirá autorización escrita del médico tratante antes de volver a actividades normales.

## Reglas Generales De Elegibilidad De La U.I.L.

De acuerdo con los estándares de la UIL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en actividades interescolásticas si ellos:

- no tienen o no son mayores de 19 años de edad en o antes del primero de septiembre del año escolar actual. (Ver excepción para discapacitados en la Sección 504.)
- no se han graduado de la escuela secundaria (high school).
- se han inscrito antes o en el sexto día de clases del año escolar actual y han asistido a la escuela durante quince días inmediatamente antes de una competencia varsity.
- son estudiantes de tiempo completo en la secundaria participante.
- inicialmente se matricularon en el noveno grado hace no más de cuatro años escolares.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar (La residencia de los padres se aplica sólo a la elegibilidad de atletismo varsity.) Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: tiene una asistencia continua de por lo menos un año escolar y no se ha inscrito en otra escuela; no se da ningún incentivo al estudiante para que asista a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar por vivienda y hospedaje cuando no viven con un familiar; los estudiantes que tengan que conducir para llegar al distrito escolar deben costear su propia transportación); si no incurre una violación de las pólizas de la escuela local o de TEA el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas (Texas Youth Commission) están amparados bajo la Residencia de Custodia (Custodial Residence). [Ver Sección 442 del documento Constitución y Reglas de Competencia (Constitution and Contest Rules).
- han cumplido con las estipulaciones o condiciones de la Regla de Premios (Awards Rule).
- no han representado a un colegio u universidad en alguna competencia.
- no han sido reclutados. (No se aplica al reclutamiento colegial según lo permite la ley.)
- no han violado ninguna de las condiciones de las reglas del campamento de verano. Los estudiantes recién inscritos en los grados del 10 al 12 no deben asistir a un campamento de béisbol, béisbol, fútbol, balompié o voleibol donde un entrenador del séptimo al duodécimo grado de su misma zona de asistencia del distrito escolar trabaja, enseña, o inscribe a los estudiantes en el campamento. Los estudiantes que se inscribirán en los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a un campamento de béisbol, béisbol, fútbol, balompié, softball y voleibol en el cual un entrenador de su misma zona de asistencia del distrito escolar es empleado por no más de seis días consecutivos cada verano y en cada tipo de campamento deportivo. Los campamentos de béisbol, béisbol, fútbol, balompié, softball y voleibol en los cuales el personal escolar trabaja con sus propios estudiantes pueden llevarse a cabo en mayo (después del último día de clases), junio, julio y agosto (antes del segundo lunes de agosto). Si dichos campamentos son patrocinados por el personal del distrito escolar, éstos deben realizarse dentro de los límites del distrito escolar y el superintendente o su representante deben aprobar el horario de cuotas.
- han cumplido con todas las condiciones del Reglamento de Atletismo Aficionado (Athletic Amateur Rule). Los estudiantes no deberán aceptar dinero o cualquier otra gratificación o recompensa de valor (propiedad tangible o intangible; servicio que incluya cualquier cosa que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por su participación en cualquier deporte atlético durante cualquier parte del año. Los atletas no deberán permitir que sus nombres se usen para la promoción de cualquier producto, plan o servicio. Los estudiantes que inadvertidamente violen la regla de atletismo aficionado al aceptar alguna gratificación de valor pueden volver a ser elegibles una vez que devuelvan dicha gratificación. Si los individuos devuelven la gratificación de valor dentro de los 30 días después de haber sido informados de la violación a la regla, recibirán de nuevo elegibilidad atlética después de devolver lo recibido. Si NO devuelven lo recibido dentro de los 30 días, seguirán siendo inelegibles por un año después del día en que aceptaron la gratificación de valor. Durante el período de tiempo desde que los estudiantes recibieron la gratificación de valor hasta el día en que la devuelvan, son inelegibles para participar en competencias atléticas varsity del deporte en el cual ocurrió la violación a la regla. La pena mínima por participar en una competencia mientras se es inelegible es la pérdida automática de la competencia.
- no se trasladaron a otra escuela por razones o propósitos de atletismo.

## MANUAL DE INFORMACIÓN PARA PADRES DE LA LIGA INTERACADÉMICA UNIVERSITARIA

El Departamento de Atletismo del Distrito Escolar de Austin requiere brindarle acceso al Manual de Información para Padres. Dicho manual se encuentra en la página de Internet de la Liga Interacadémica Universitaria en la sección de Atletismo. La página de internet es [www.uilutexas.edu](http://www.uilutexas.edu). Puede solicitar una copia de este manual en la Oficina de Atletismo. Usted debe leer y aceptar los términos de este manual.

### PERMISO DEL PADRE/MADRE/CUSTODIO LEGAL

- Doy por éste medio mi consentimiento para que el estudiante antedicho compita en los deportes aprobados por la Liga Interescolar de la Universidad y viaje con el entrenador ó cualquier otro representante de la escuela en cualquier viaje.
- 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.
- He leído y entiendo las reglas de la UIL enumeradas en éste documento y convengo que mi hijo(a) seguirá todas las reglas impuestas por la UIL.
- También acuerdo ser responsable por el retorno seguro de todo el equipo atlético entregado por la escuela a mi hijo y pagaré el equipo que haya sido extraviado, robado ó dañado.
- Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento médico 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; y 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. Tu firma abajo da la autorización que es necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores atléticos, enfermeras, entrenadores, los médicos asociados y el personal del seguro del estudiante compartan la información referente al diagnóstico médico y al tratamiento del estudiante.
- He leído la información acerca del uso de esteroides y acuerdo que como pre-requisito de participación en cualquier actividad atlética de UIL debo abstenerme del uso ilegal de esteroides. Entiendo que la falta de proporcionar la información exacta y veraz podría sujetar al estudiante en cuestión a las penas según lo determinado por la UIL.
- He sido proveído con el Manual De Información a Padres de la UIL acerca de problemas de salud y seguridad y mis responsabilidades.
- Acepto por éste medio que mis respuestas a las preguntas en la forma del Historial Médico están completas y correctas al mejor de mi conocimiento. Sí 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.

### LOS ENTRENADORES DE LA ESCUELA NO PUEDEN:

- Transportar, registrar o instruir a los estudiantes del grado 7-12 de su zona de asistencia de campos no escolares de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball. (Excepción: Los entrenadores de la escuela pueden sostener un campo de ó días en su distrito escolar para los estudiantes entrantes de grados 7, 8,9).
- Dar cualquier instrucción o programar cualquier practica para un individuo o equipo fuera de la temporada, excepto durante el día escolar y el periodo atlético de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball.
- Las escuelas y los clubes de asistencia, no pueden proporcionar fondos o transportación para actividades no escolares



**This form must be signed and returned for your child to participate in the physicals.**

**No one is being paid for the health care your child receives.** The care provided to your child is being given by Project Access volunteers without expectation of payment or compensation and is given to and received by your child in exchange for limitations on recovery for damages from the volunteer.

By signing below, you confirm that you understand and agree to the above conditions.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Student's Name (Please Print): \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student's School: \_\_\_\_\_

-----  
**Favor de firmar esta forma y regresar con su hijo(a) para que pueda participar en los exámenes físicos.**

**Nadie es pagado por el cuidado médico, que sus hijos reciben.** El cuidado proporcionado a sus hijos está siendo donado por los voluntarios del Proyecto Acceso sin la expectativa de pago o de remuneración y es dado y recibido por sus hijos en el intercambio de las limitaciones en la recuperación para los daños del voluntario.

Firmando abajo, usted confirma que entiende y acepta las condiciones antedichas.

Firma de Padres/Tutores Legales: \_\_\_\_\_

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

Nombre del estudiante (letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

La escuela del estudiante: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE CONCUSIONES

**Definición de concusión:** Significa un complejo proceso fisiopatológico que afecta al cerebro, el cual es causado por una fuerza física traumática o un golpe en la cabeza o en el cuerpo, el cual puede: (A) incluir función alterada del cerebro, tanto temporal o de largo plazo, provocando síntomas físicos, cognitivos (procesos mentales), emocionales o patrones alterados del sueño y (B) involucrar pérdida del conocimiento.

## Prevención:

- Enseñe y practique juego seguro y técnicas apropiadas.
- Siga las reglas del juego
- Asegúrese que todo el equipo de protección requerido se lleve puesto para todos los entrenamientos y juegos.
- El equipo de protección debe quedarle adecuadamente y debe ser inspeccionado regularmente.

**Signos y síntomas de una concusión:** Los signos y síntomas de una concusión pueden incluir pero no limitarse a: dolor de cabeza, parece estar confundido o aturdido, zumbido de oídos, fatiga, dificultad para hablar (arrastrando las palabras), náusea o vómito, mareo, pérdida del equilibrio, visión borrosa, sensible a la luz o el ruido, sentirse aturdido o atontado, pérdida de la memoria y confusión.

**Supervisión:** Cada distrito escolar debe elegir y aprobar un Equipo de Inspección de la Concusión (Concussion Oversight Team, COT por sus siglas en inglés). El COT debe incluir por lo menos un médico y un entrenador de atletismo, si alguno de ellos es empleado por el distrito escolar. Otros miembros pueden incluir: una enfermera especialista avanzada, un neuropsicólogo o un asistente médico. El COT es responsable de crear un "Protocolo para volver a practicar deporte" basado en revisiones médicas de evidencias científicas.

**Tratamiento para la concusión:** Si se sospecha que el estudiante ha sufrido una concusión, el estudiante-atleta debe ser retirado inmediatamente del entrenamiento o la competencia. Antes de poder regresar a participar en deportes, cada uno de los estudiantes-atletas sospechosos de haber sufrido una concusión debe ser examinado por un médico. El tratamiento para una concusión es descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa tal como: ver televisión, jugar juegos de video, mandar mensajes de texto por teléfono, usar la computadora y las luces intensas. Una vez que hayan pasado los signos y síntomas de la concusión y el estudiante haya recibido una autorización escrita por un médico, el estudiante-atleta puede empezar el "Protocolo para volver a practicar deporte" de su distrito escolar basado en las determinaciones del Equipo de Inspección de la Concusión (COT).

**Regreso a practicar deporte:** De acuerdo al Código de Educación de Texas Sección 38.157:

Un estudiante quien fue retirado de un entrenamiento o competencia atlética interescolar bajo la sección 38.156 no se le puede permitir entrenar o competir de nuevo después del impacto físico el cual se cree haya causado la concusión hasta que:

- (1) el estudiante haya sido examinado, usando los protocolos médicos establecidos basados en revisiones médicas de evidencias científicas, por un médico tratante que el estudiante, sus padres, guardian legal u otra persona con autoridad legal escogieron para hacer decisiones médicas por el estudiante.
- (2) el estudiante ha cumplido exitosamente cada requisito del "Protocolo para volver a practicar deporte" establecido bajo la sección 38.153, necesario para que el estudiante regrese a jugar.
- (3) el médico tratante haya proporcionado una declaración por escrito indicando que, en la opinión profesional del médico, es seguro para el estudiante regresar a jugar; y
- (4) el estudiante y los padres de él, el guardian legal u otra persona con autoridad legal para hacer decisiones medicas por el estudiante:
  - (A) han reconocido que el estudiante ha cumplido los requisitos necesarios del "Protocolo para volver a practicar deporte" y así el estudiante regrese a practicar deporte.
  - (B) ha entregado la declaración escrita del médico tratante bajo la Subsección (3), a la persona encargada del cumplimiento del "Protocolo para volver a practicar deporte" bajo la Subsección (c) y a la persona que tiene responsabilidades de supervisión bajo la Subsección (c), y
  - (C) han firmado un documento de consentimiento indicando que la persona que está firmando:
    - (i) ha sido informada acerca de y da consentimiento para la participación del estudiante para que regrese a jugar de acuerdo al protocolo para volver a practicar deporte;
    - (ii) entiende los riesgos involucrados con el estudiante cuando regrese a practicar deporte y cumplirá con cualquier requisito actual dentro del protocolo para volver a practicar deporte;
    - (iii) da consentimiento para la divulgación a entidades apropiadas, de acuerdo a la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 o Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Pub. L.No 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo la Subsección (3) y, si hay alguna, las recomendaciones para volver a practicar deporte del médico tratante; y
    - (iv) entiende la cláusula de inmunidad bajo la Sección 38.159.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# PROGRESIÓN PARA EL REGRESO AL DEPORTE DEL AUSTIN ISD

La siguiente progresión se llevará a cabo cuando un médico dé de alta al atleta. El atleta no podrá empezar esta progresión hasta que este sin síntomas por 24 horas. Si al transcurso de la progresión síntomas regresan la actividad será suspendida y empezará de nuevo cuando los síntomas se resuelvan.

- Día 1: 10 Minutos en bicicleta o correr lentamente
- Día 2: 20 Minutos de correr
- Día 3: Practica sin contacto con el equipo
- Día 4: Practica sin restricciones
- Día 5: Participación en partido sin restricciones

El Distrito Escolar de Austin esta actualmente implementando un programa innovador para nuestros estudiantes atletas. Este programa asistirá nuestros medicos de equipo/entrenadores atleticos de lesiones deportivas en la evaluación y tratamiento de lesiones a la cabeza (p.ej. concusión). Con el fin de poder administrar de mejor manera la concusión sostenido por nuestros estudiantes atletas, nosotros hemos adquirido un programa de computadora para con éxito evaluar y manejar concusiones. Si se cree que un atleta ha sufrido una lesión en la cabeza durante competencia, el programa es usado para ayudar en determinar la gravedad de la lesión a la cabeza y cuando la lesion ha sanado completamente.

El examen computarizado es dado a los atletas antes de comenzar práctica del deporte de contacto o competencia. Está prueba no invasivo sera hecho en computadora y tarda como 20 minutos para completar. Esencialmente, es un examen fisico pre-temporada del cerebro. Realiza un seguimiento de información como memoria, tiempo de reacción, rapidez, y concentración. Esto, sin embargo, no es prueba de C.I. o inteligencia. Este programa no pone en peligro a su estudiante atleta.

Si sospecha una concusión, el atleta va ser requerido a volver a tomar la prueba. Ambos datos del pre-temporada y herida postal es dado a su médico familiar o otro médico local para ayudar evaluar la lesión. Los datos de la prueba permitirá que estos profesionales de la salud determinen cuando es apropiado el volver a jugar y el seguro para el atleta lesionado. Si una lesión de esta naturaleza ocurre a su niño/a, usted será rápidamente contactado con todos los detalles.

La administración, entrenadores, y los entrenadores de atletismo (en lesiones deportivas) del distrito escolar de Austin se esfuerzan por mantener la salud y la seguridad de su niño/a en la vanguardia en la experiencia atletica del estudiante. Estaremos ofreciendo estas pruebas a todo atleta involucrado en ciertos deportes de contacto. Aunque se recomienda esta prueba, no se requiere para la participación de atletismo.

**Por este medio concedo mi consentimiento para el registro de mi hijo/a en axonsports.com y/o impacttest.com y para la administración y supervisión de la evaluación de concusión por el distrito escolar de Austin y por este medio acepto los terminos de uso y privacidad de póliza de ambos.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# FORMA DE CONOCIMIENTO DE PARO CARDÍACO

Revisado Junio 2013

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

## ¿Qué es un paro cardíaco?

- Ocurre de repente y sin ningún aviso.
- Es una falla eléctrica que causa las cámaras inferiores del corazón (los ventrículos) que latan peligrosamente rápido (taquicardia y/o fibrilación ventricular) y altera la capacidad del corazón para bombear la sangre.
- El corazón no puede circular la sangre al cerebro, los pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde el conocimiento (se desmaya) y no tiene pulso.
- Podría causar la muerte en cuestión de minutos si no se trata inmediatamente.

## ¿Qué es lo que causa un paro cardíaco repentino?

- **Condiciones que se presentan al nacer:**
  - **Condiciones Heredadas** (pasado de los padres/familiares) **del músculo del corazón:**
    - ❖ **Miocardopatía Hipertrófica:** hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de para cardíaco repentino en los atletas en los EU.
    - ❖ **Miocardopatía Arritmogénica del Ventrículo Derecho:** sustitución de parte del ventrículo derecho por grasa y cicatriz; la causa más común de paro cardíaco repentino en Italia.
    - ❖ **Síndrome de Marfan:** un desorden de la estructura de los vasos sanguíneos que los hace propensos a romperse, frecuentemente se asocia con brazos muy largos y flexibilidad excepcional de las articulaciones.
  - **Condiciones Heredadas del sistema eléctrico:**
    - ❖ **Síndrome de QT Largo-** anomalía en los canales iónicos (Sistema eléctrico) del corazón.
    - ❖ **Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica y Síndrome de Brugada-** otros tipos de anomalías eléctricas que son raros pero son pasados en las familias.
  - **Condiciones NO Heredadas** (no pasado de la familia pero se presentan al nacer):
    - ❖ **Anormalidades de las Arterias Coronarias:** anomalía en los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo cardíaco. La segunda causa más común de paro cardíaco repentino en los atletas en los EU.
    - ❖ **Anormalidad de la Válvula Aórtica:** fallo de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) desarrollar correctamente; por lo general produce un fuerte soplo en el corazón.
    - ❖ **Miocardopatía No Compactada:** una condición en la cual el músculo del corazón no se desarrolla normalmente.
    - ❖ **Síndrome de Wolff-Parkison-White:** un extra fibra está presente en el sistema eléctrico del corazón y puede aumentar el riesgo de arritmias.
- **Condiciones que no se presentan al nacer pero son adquirido más tarde en vida:**
  - ❖ **Comotio Cordis:** Latidos irregulares del corazón que pueden ocurrir por un golpe en el pecho por una pelota, disco, o un puño.
  - ❖ **Miocarditis:** infección o inflamación del corazón, generalmente causada por un virus.
  - ❖ **Uso de drogas esporádico y por diversión o que mejora el rendimiento.**
- **Idiopática:** A veces la causa del paro cardíaco repentino es desconocida, incluso después de autopsias.

## ¿Cuáles son los síntomas y signos de advertencia de un paro cardíaco?

- Desmayos (especialmente durante actividad física)
- Mareos
- Cansancio /Fatiga extraño o debilidad
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Náusea y vómito
- Palpitaciones (corazón está latiendo muy rápido o latidos irregulares)
- Historia familiar de un paro cardíaco a la edad < 50

**Cualquiera de estos síntomas o signos de advertencia que se producen durante actividad física puede requerir una nueva evaluación médica antes de volver a práctica o un juego.**



# FORMA DE CONOCIMIENTO DE PARO CARDÍACO

Revisado Junio 2013

## ¿Cuál es el tratamiento para un paro cardíaco?

- El tiempo es crítico y una respuesta inmediata es vital
- **LLAME AL 911**
- **Administrar primeros auxilios (CPR)**
- **Usar un desfibrilador externo automático (AED)**

## ¿Cuáles son las maneras para revisar para paro cardíaco repentino?

- La Asociación Americana del Corazón recomienda una historia clínica y evaluación física de pre-participación incluyendo 14 elementos importantes cardíacos.
- **El Formulario de Historia Clínica en la evaluación física de pre-participación incluye estos 14 elementos importantes cardíacos y es obligatorio cada año.**
- Inspección adicional medio un electrocardiograma y/o un ecocardiograma es fácilmente disponible para los atletas, pero no es obligatorio.

## ¿Dónde se puede encontrar información adicional sobre revisiones?

- La Sección Cardíaca en la sitio web de UIL Salud y Seguridad (UILTexas.org)

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Guardián (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante (letra de molde) \_\_\_\_\_

## **Forma de Acuerdo/Reconocimiento para Padre y Estudiante Tocante Uso de Esteroides Anabólicos y Pruebas Aleatorias de Esteroides**

- La ley estatal de Texas prohíbe la posesión, dispensación, la entrega o administración de algún esteroide de manera no permitido por ley estatal.
- La ley estatal también proporciona que el culturismo, el realce de músculo o el aumento musculosidad o fuerza a través del uso de algún esteroide por una persona que está en buena salud no es un propósito médico válido
- La ley estatal requiere que sólo un practicante autorizado con licencia con autoridad prescriptiva puede prescribir o recetar el esteroide a una persona.
- Cualquier violación de la ley estatal acerca esteroides es un delito criminal castigable por confinamiento en cárcel o encarcelamiento en el Departamento de Justicia Criminal en Texas.
- Además entiendo y estoy de acuerdo que los resultados de las pruebas para los esteroides pueden ser proporcionados a ciertas personas en mi escuela secundaria como esta especificado en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos del UIL que está disponible en el sitio web de UIL en [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Entiendo y estoy de acuerdo que los resultados de la prueba para esteroides se mantendrán confidencialmente al grado requerido por la ley. Entiendo que si fracaso en proveer información exacta y verídica me podría sujetar a penas o sanciones determinadas por UIL.

### **ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DE ESTUDIANTE**

Como requisito previo para participar en actividades atléticas, yo estoy de acuerdo que no usaré esteroides anabólicos tal como se define en el Protocolo del Programa de Pruebas de Esteroides Anabólicos de UIL. He leído esta forma y entiendo que pueden preguntarme que me someta a prueba para la presencia de esteroides anabólicos en mi cuerpo, y realmente estoy de acuerdo por este medio a someterme a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado.

Nombre de Estudiante (Imprimir): \_\_\_\_\_ Grado(9-12) \_\_\_\_\_

Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PADRE/GUARDIAN**

Como requisito previo para participar en actividades atléticas, Yo certifico y reconozco que he leído esta forma y entiendo que mi estudiante debe abstenerse de usar esteroides anabólicos y que le podrían preguntar que se someta a pruebas para la presencia de esteroides en su cuerpo. Realmente estoy de acuerdo a someter mi niño/a a tales pruebas y análisis por un laboratorio certificado.

Nombre de Padre/Guardian (Imprimir): \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT**

Austin Independent School District  
**EMERGENCY STUDENT INFORMATION CARD**

**Sport(s)**

Austin ISD policy requires the completion of this permit for participation in athletics.

1. \_\_\_\_\_

If, in the judgment of any representative of the school, the above student needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said student by any physician, athletic trainer, nurse, hospital, or school representative; and I do hereby agree to indemnify and save harmless the school district and any school representative from any claim by any person whatsoever on account of such care and treatment of said student.

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name (*Last, First*) \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_

School Attending \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Parent/Guardian(s) Name \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Parent's Insurance Co. \_\_\_\_\_ Preferred Hospital \_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_ Office Phone \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT**

Austin Independent School District  
**EMERGENCY STUDENT INFORMATION CARD**

**Sport(s)**

Austin ISD policy requires the completion of this permit for participation in athletics.

1. \_\_\_\_\_

If, in the judgment of any representative of the school, the above student needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said student by any physician, athletic trainer, nurse, hospital, or school representative; and I do hereby agree to indemnify and save harmless the school district and any school representative from any claim by any person whatsoever on account of such care and treatment of said student.

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name (*Last, First*) \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_

School Attending \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Parent/Guardian(s) Name \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Parent's Insurance Co. \_\_\_\_\_ Preferred Hospital \_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_ Office Phone \_\_\_\_\_



## SEGURO DE ACCIDENTES DEPORTIVO DEL AUSTIN ISD

El Distrito Escolar de Austin proporciona una póliza de seguro suplementaria para todos los estudiantes de secundaria y preparatoria. El seguro no mas cubre cuando los estudiantes están participando en actividades sancionadas por el U.I.L. antes o después de escuela o viajando para eventos. La póliza suplementaria requiere que su a seguridad primordial se use primero. Después de que su a seguridad primordial legue a el limite de la póliza, padres o guardianes legales pueden presentar una reclamación para el reembolso de los costos médicos hasta las limitaciones de el seguro suplementario. Si usted no tiene seguro personal la póliza suplementaria puede ser utilizada para cubrir costos médicos hasta el limite de la póliza. El Distrito Escolar de Austin o el proveedor de seguro no pagara el 100% de los costos incurridos por una lesión.

Si usted no tiene seguro personal para su hijo o hija por favor considere comprar una cobertura extendida para ellos. El Distrito Escolar de Austin ofrece pólizas de seguro de estudiante para estudiantes y padres al comienzo de cada año.

Un formulario de reclamación debe ser sometido con su explicación de beneficios de su a seguridad primordial y las facturas detalladas de el proveedor. Este formulario de reclamación debe ser sometida dentro de 6 meses de la lesión. La sección A será llenada por un oficial de la escuela. La Sección B será llenada por los padres o guardianes legales.

Después que beneficios se han aprobados, la empresa emitirá un cheque por la cantidad permitida para el proveedor o padres/guardianes si los costos médicos ya han sido pagado. Todas las cuestiones de estado de reclamación pueden ser dirigidas a **1-800-328-2739**.

## CONSENTIMIENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN MEDICA

Entiendo y acepto que con el fin de proporcionar un sistema coordinado la Oficina de Atletismo y el Equipo de Salud Escolar pueden intercambiar información medica sobre el estudiante con el medico del estudiante o otros proveedores. Doy mi consentimiento para permitir que el personal medico de al Oficina de Atletismo pueda contactar el medico del estudiante directamente y compartir información o solicitar registros pertinentes a la participación atlética. Estoy de acuerdo y entiendo que el personal medico puede compartir la información medica del estudiante, de acuerdo con el protocolo de AISD, con el personal de el distrito escolar para proveer atención adecuada a la necesidades medicas del estudiante. Doy permiso de compartir toda información medica necesaria. Entiendo que esta información automáticamente será compartida en cualquier case de emergencia.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

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

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD) 2015 – 2016  
**HOJA DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ATLETISMO**

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 madre/guardián	Empresa en la que labora	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Relación con el Estudiante	
Nombre del padre/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	
Tienes seguro medical privado, Medicaid, o CHIP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sí, especifique tipo o compañía _____					

Esta forma debe de estar en el archivo antes de participar en cualquier practica, juego de practica o competición, 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"/>	10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido un examen del corazón ordenado por un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que edad? _____			¿Has sido diagnosticado de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que fue el diagnóstico? _____			¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? ¿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes un inhalador recetado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algun otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algun articulasion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:		
¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muneca <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Pies		
¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilato 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"/>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Suprabrzo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Rodilla		
¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla		
¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo		
4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión?			17. ¿Te sientes estresado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo)			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"/>
¿Has tenido alguna vez un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes immune, desórdenes sangrantes, etcétera.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO MUJERES:</b>		
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual? _____		
¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____		
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una menstruacion al principio del siguiente? _____		
6. Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año? _____		
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año? _____		
8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Explique Sus Respuestas</b> _____		
9. ¿Te has mareado durante o después algun ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

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

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

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son complete y correcto. El fracaso para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas or el UIL. Nuestras firmas indican que hemos leído, entendido y aceptamos el documento por completo, así como el Historial Médico, el Acuerdo de Consumo de Esteroides, el Reglamento de la Liga Interacadémica Universitaria y el Manual de Información para los Padres de Familia información de concusiones, información de seguro, y permiso del padre.

Firma del Padre/  
Madre/Custodio: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

<b>This Medical History Form was reviewed by:</b>	
Doctor: _____ <i>Signature</i>	School Official: _____ <i>Signature</i>

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION**

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

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

BP	/	/	/
%	/	/	/

*brachial blood pressure while sitting*

BMI % \_\_\_\_\_ % 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)			
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, 2015**

**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**

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

