

## EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN DE PIAA

**EVALUACION INICIAL:** Antes que cualquier estudiante participe en prácticas, prácticas interescolares, contiendas y/o competencias, en cualquier escuela miembro de PIAA 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 cuatro secciones del formulario CIPPE. Al completar las Secciones 1, 2, y 3 por el padre/tutor, y la Sección 4 por un evaluador médico evaluador autorizado (AME por sus siglas en inglés), esas secciones deben ser entregadas al director, o su designado, de la escuela del estudiante para el archivo de la escuela. El CIPPE no se puede realizar antes del 1 de junio y debe ser efectivo, sin importar cuando se 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 5 de este formulario y debe entregar esa Sección al director, o su designado, de su escuela. El director, o su designado, entonces determinará si la Sección 6 se debe completar.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

#### INFORMACIÓN PERSONAL

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

Dirección física actual \_\_\_\_\_

Número telefónico actual del hogar( ) \_\_\_\_\_ Número de celular actual del Padre/Tutor ( ) \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de la Persona Principal de Contacto en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ 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 intraescolares, **contienda de equipo** 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 deportes aprobados a continuación.

Deporte	Firma del Padre o Tutor
Béisbol (Primavera)	
Baloncesto (Invierno)	
Bolicho(Invierno)	
Campo traviesa (Otoño)	
Hockey de campo (Otoño)	
Futbol americano (Otoño)	
Golf (Otoño)	
Gimnasia (Invierno)	
Lacross (Primavera)	
Tiro (Invierno)	
Fútbol (Otoño)	
Fútbol – femenino (Primavera)	
Softbol (Primavera)	
Nado y Clavados	
Tenis-Femenil (Otoño)	
Tenis-Varonil (Primavera)	
Atletismo-Techado (Invierno)	
Pista y campo (Primavera)	
Voleybol-Femenil (Otoño)	
Voleybol-Varonil (Primavera)	
Waterpolo (Otoño)	
Lucha (Invierno)	
Otro	

**B. Comprensión de las normas de calificación:** 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, **contienda** y/o competencias que involucran escuelas miembros de PIAA. Tales requerimientos, los cuales están en la página web de PIAA en [www.piaa.org](http://www.piaa.org), incluyen, pero no están limitados a la edad, estatus de aficionado, asistencia escolar, salud, transferencia de una escuela a otra, normas y reglamentos de temporada y fuera de temporada, asistencia de los semestres, participación de deportes de temporada y desempeño académico.

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

**C. Divulgación de archivos necesarios para determinar la calificación:** Para habilitar a PIAA para determinar si el estudiante nombrado en la presente califica para participar en deportes intraescolares involucrando escuelas miembro de PIAA, yo, por la presente apruebo divulgarle a PIAA cualquier y todas las porciones de los archivos escolares, iniciando con el séptimo grado, del estudiante nombrado en la presente incluyendo, sin limitar la generalidad de lo siguiente, documentos de edad y nacimiento, nombre y dirección del(los) padre(s), dirección residencial del estudiante, archivo de salud, trabajo académico terminado, calificaciones recibidas e información de asistencia.

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

**D. Permiso para usar el nombre, parecido e información atlética:** Le otorgo el permiso a PIAA para usar el nombre, parecido e información atlética relacionada en reportes de prácticas intraescolares, contienda de equipo, y/o competencias, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y documentos relacionados al 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 administre 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, contienda y/o competencias. Además, este 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 médico de emergencia.

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

## SECCIÓN 3 HISTORIAL DE SALUD

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

Circule las preguntas a las que no sabe la respuesta.

- |   | Sí  | No                       |
|---|---|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene usted una condición médica permanente (como asma o diabetes)?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta usted actualmente tomando algún medicamento con o sin receta (de venta libre) medicina o pastillas?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, polen, alimentos, o piquete de insectos?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado mientras HACIA ejercicio?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DESPUÉS de hacer ejercicio?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez a tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho mientras hacia ejercicio?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Su corazón se altera o brinca los latidos cuando hace ejercicio?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (marque todas las que aplican):  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón |                          |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Infección cardíaca     |                          |
| 10. ¿Alguna vez a ordenado un médico un examen para su corazón? (por ejemplo ECG, electrocardiograma)   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez a muerto un familiar sin ninguna razón?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos?   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o de una muerte repentina antes de los 50?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfán?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como una torcedura de músculo o desgarre de ligamento, o tendinitis, que le haya causado faltar a una práctica o competencia?<br>Si le ha pasado, encierre el área afectada a continuación: | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se le ha roto o fracturado algún hueso o dislocado una coyuntura? Si le ha pasado, encierre a continuación.  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido una lesión sea o de coyuntura que requirió radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, un abrazadera, yeso, o muletas? Si le ha pasado, encierre a continuación.                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |
- |                              |                              |        |       |         |                     |            |           |
|------------------------------|------------------------------|--------|-------|---------|---------------------|------------|-----------|
| Cabeza                       | Cuello                       | Hombro | Brazo | Codo    | Antebrazo           | Mano/Dedos | Pecho     |
| Parte superior de la espalda | Parte inferior de la espalda | Cadera | Muslo | Rodilla | Pantorrilla/espinal | Tobillo    | Pie/Dedos |
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por fatiga?
- Sí  No

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. ¿Se le ha dicho que usted tiene o tuvo una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Usted usa regularmente una abrazadera o dispositivo de asistencia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene asma o alergias?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Usted tose, resolla o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUES del ejercicio?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Alguna vez usted ha usado inhalador o tomado medicina para el asma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Nació usted o le falta un riñón, ojo, testículo u otro órgano?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Ha usted tenido infección mononucleosis (mono) en el último mes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Usted tiene algunos sarpullidos, úlceras u otros problemas de la piel?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Ha usted tenido infección de herpes en la piel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o concusión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y ha estado confuso o perdido la memoria?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ¿Alguna vez se le han dormido, tenido cosquilleo o debilidad en sus brazos o piernas después de ser golpeado o caído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ¿Alguna vez no ha sido capaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o caído?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. ¿Cuándo ejercita en el calor, tiene usted calambres musculares severos o se enferma?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene anemia de células falciformes o anemia drepanocítica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿Ha usted tenido algunos problemas con sus ojos o vista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. ¿Está usted infeliz con su peso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. ¿Esta usted tratando de subir o bajar de peso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de alimentación?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. ¿Usted limita o cuidadosamente controla lo que come?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>SOLO MUJERES</b>   |                          |                          |
| 47. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?  | _____                    |                          |
| 49. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?  | _____                    |                          |
| 50. ¿Esta usted embarazada?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Núm(s).	Explique aquí las respuestas que son "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 4 EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN DE PIAA  
Y CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO EXAMINADOR 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) \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_) RP \_\_\_\_\_

Si la presión arterial (BP por sus siglas en inglés) 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 médico 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 Der. 20/\_\_\_\_ Izq. 20/\_\_\_\_ Corregido SI NO (encierre uno) Pupilas: Igual\_\_\_\_ Desigual\_\_\_\_

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Naríz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
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, contiendas 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 de 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/mecanografiado) \_\_\_\_\_ Núm. de licencia \_\_\_\_\_

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

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

**SECCIÓN 5 RECERTIFICACIÓN POR EL PADRE/TUTOR**

Este formulario debe ser completado por el padre/tutor de cualquier estudiante que quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, contiendas y/o competencias en todos los deportes subsiguientes de temporadas 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 y hacer una determinación por si el estudiante debe ser reevaluado y recertificado por un Examinador Médico Autorizado de acuerdo a la Sección 6.

**HISTORIAL MEDICO SUPLEMENTAL**

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

**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 actual del hogar ( ) \_\_\_\_\_ 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 de la Persona Principal Contacto en caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **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 SUPLEMENTAL:**

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

**Circule las preguntas a las que no sabe la respuesta.**

- |   | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido alguna enfermedad y/o lesión relacionada a (los) deporte(s)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Ha usted tendido episodios de mareo, perdido el conocimiento y/o quedado inconciente?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido alguna enfermedad y/o lesión NO relacionada a (los) deporte(s)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Ha tenido algunos episodios de falta de respiración, resollo y/o dolor de pecho?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha sido admitido a una institución y/o hogar como resultado de su enfermedad y/o lesión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido nuevos problemas de salud?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha sido sometido a una cirugía?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Desde la culminación de CIPPE, ¿está tomando algún medicamento NUEVO sin receta (de venta libre) medicinas o pastillas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 9. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Num(s).	Explique aquí las respuestas "Sí":

**SUBSIGUIENTE(S) DEPORTE(S) A JUGAR:** \_\_\_\_\_ **TEMPORADA:** Otoño Invierno Primavera (encierre uno)

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTA:** Si algunas preguntas de HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL son marcadas o encerradas como sí, el director o su designado, de la escuela del estudiante nombrado en la presente debe requerir que el estudiante complete la Sección 6 para que califique a participar en un(os) deporte(s) identificado(s) anteriormente.

**Sección 6 REEVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN DE PIAA  
Y RECERTIFICACIÓN POR UN EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO**

Debe ser completado y firmado por ya sea (1) el AME quien realizó la evaluación física de preparticipación inicial, o (2) otro AME quien ha revisado las Secciones del 1 al 5 previamente completadas de este formulario CIPPE. Después de completar y firmar, y antes que el estudiante participe en un segundo y subsiguiente deporte en el mismo año escolar, esta Sección debe ser entregada 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) \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_) RP \_\_\_\_\_

Si la presión arterial (BP por sus siglas en inglés) 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 médico 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 Der. 20/\_\_\_\_ Izq. 20/\_\_\_\_ Corregido SI NO (encierre uno) Pupilas: Igual\_\_\_\_ Desigual\_\_\_\_

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Naríz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
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 ADICIONAL, elaboré una reevaluación física del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal reevaluación y del HISTORIAL de SALUD ADICIONAL del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, contiendas y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la Sección 5 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/mecanografiado) \_\_\_\_\_ Núm. de licencia \_\_\_\_\_

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

Firma AME \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (encierre uno) Fecha de la reevaluación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Sección 7 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. Esta certificación debe ser provista y mantenida por el director del estudiante o su designado.

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

**NOTA:** Cualquier atleta que no esta de acuerdo con la evaluación inicial puede apelar los resultados de la evaluación una vez y hacer que se realice una segunda evaluación. La segunda evaluación debe ser realizada ya sea por un pletismografía de desplazamiento de aire (Bod Pod) o peso hidrostático para determinar el porcentaje de grasa corporal. Los resultados obtenidos en la segunda evaluación deben reemplazar la evaluación inicial y son automáticamente aceptados; no se permite otra apelación de cualquier parte. Todos los gastos contraídos en la segunda evaluación son la responsabilidad de la parte que apela de la evaluación inicial. El examen de gravedad específica de la orina será conducida y el atleta debe tener un resultado de menos o igual a 1.025 para que pueda proceder la segunda evaluación.