

EVALUACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA INICIAL DE LA PIAA (Asociación Atlética Interescolar de Pennsylvania) ANTERIOR A LA PARTICIPACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL: Antes de que el alumno participe en las Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos y/o Competencias en cualquier escuela miembro de la PIAA para el primer deporte del alumno en cualquier año escolar, se requiere que el alumno, (1) se someta a una Evaluación Física Exhaustiva Inicial Anterior a la Participación (CIPPE); y, (2) que la persona(s) correspondiente llene las cuatro primeras Secciones del Formulario de CIPPE. Cuando el padre o tutor termine de llenar las Secciones 1, 2 y 3, y un médico autorizado (AME por sus siglas en inglés) encargado de los exámenes termine la Sección 4, tales Secciones deberán ser enviadas al Director(a) o a la persona designada por el Director(a) de la escuela del alumno para que se conserven en la escuela. Puede que la evaluación CIPPE no deberá llevarse a cabo antes del 1° de junio y deberá estar vigente hasta el siguiente 31 de mayo, independientemente de cuándo se realice durante el año escolar.

DEPORTE(S) POSTERIOR(ES) EN EL MISMO AÑO ESCOLAR: Después de completar la evaluación CIPPE, el mismo alumno que desea participar en las Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos y/o Competencias de los deporte(s) posterior(es) en el mismo año escolar, deberá llenar la Sección 5 de este formulario y deberá entregar dicha Sección al Director(a), o la persona designada del Director(a) de su escuela. El Director(a), o la persona designada por el Director(a) de la escuela del alumno, determinará entonces si la Sección 6 deberá ser llenada.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y PARA EMERGENCIAS

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Alumno(a) _____ Edad _____ Grado _____

Domicilio particular actual _____

Núm. de teléfono particular actual () _____

Núm. de teléfono celular actual del padre, madre o tutor () _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la persona de contacto primaria en caso de emergencia _____ Parentesco _____

Domicilio _____

Núm. de teléfono del contacto en caso de emergencia () _____

Nombre de la persona de contacto secundaria en caso de emergencia _____ Parentesco _____

Domicilio _____

Núm. de teléfono del contacto en caso de emergencia () _____

Compañía de seguro médico _____ Número de póliza _____

Domicilio _____ Núm. de teléfono () _____

Nombre del médico de la familia _____, MD o DO (marque uno con un círculo)

Domicilio _____ Núm. de teléfono () _____

Alergias del alumno(a) _____

Problema(s) de salud del alumno(a) de los que el médico de emergencia deberá estar enterado _____

Medicamentos recetados que toma el alumno(a) _____

SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

El padre, madre o tutor del alumno deberá llenar este formulario en su totalidad.

A Por la presente doy mi consentimiento para que _____ quien nació el día _____ y cumplió _____ años en su último cumpleaños, y es alumno(a) de la Escuela _____ y residente del distrito escolar de escuelas públicas _____, para que participe en las Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos y/o Competencias durante el año escolar de 20 ____ - 20 ____ en el o los deportes que indico con mi(s) firma(s) al lado del deporte o los deportes que se aprueban a continuación.

Deporte	Firma del padre, madre o tutor
Baseball (primavera)	
Basketball (invierno)	
Boliche (invierno)	
Campo traviesa (otoño)	
Hockey sobre césped	
Football (otoño)	
Golf (otoño)	
Gimnasia (invierno)	
Pelota canadiense	
Rifle (invierno)	
Soccer (otoño)	
Soccer femenino (primavera)	
Softball (primavera)	
Natación y buceo (invierno)	
Tenis femenino (otoño)	
Tenis masculino (primavera)	
Atletismo en pista bajo techo	
Atletismo en pista	
Volleyball femenino (otoño)	
Volleyball masculino	
Water Polo (otoño)	
Lucha libre (invierno)	
Otros	

B. Comprensión de las normas acerca de la elegibilidad: Por la presente reconozco y acepto que estoy familiarizado(a) con los requisitos de la PIAA en lo que respecta a la elegibilidad de los alumnos de las escuelas miembro de la PIAA para participar en las prácticas interescolares, partidos amistosos y/o competencias que incluyen a las escuelas miembro de la PIAA. Tales requisitos, que se publican en el sitio web de PIAA www.piaa.org, incluyen, pero no necesariamente se limitan a edad, categoría de aficionado, asistencia a la escuela, salud, traslado de una escuela a otra, normas y disposiciones de temporada y aquellas fuera de temporada, semestres de asistencia, temporadas de participación en los deportes y desempeño académico.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha ____ / ____ / ____

C. Divulgación de registros necesarios para determinar la elegibilidad: Para permitir que la PIAA determine si el alumno(a) a quien se hace referencia en este documento es elegible para participar en los deportes interescolares que incluyen a las escuelas miembro de la PIAA, por la presente doy mi consentimiento para que se divulgue a la PIAA cualquier parte de los archivos y registros escolares, comenzando desde séptimo grado, del alumno(a) a quien se hace referencia en este documento, incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo que se menciona, registros de nacimiento y respecto a la edad, nombre y domicilio de residencia de los padres o tutores, domicilio de residencia del alumno(a), registros médicos, trabajo académico completado, calificaciones obtenidas e información sobre asistencia.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha ____ / ____ / ____

D. Permiso para usar el nombre, la imagen e información sobre deportes: Doy mi consentimiento para que la PIAA utilice el nombre, la imagen e información relacionada con los deportes del alumno(a) a quien se hace referencia aquí en informes de prácticas interescolares, partidos amistosos y competencias, textos promocionales de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con los deportes interescolares.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha ____ / ____ / ____

E. Permiso para brindar atención médica de emergencia: Doy mi consentimiento para que un proveedor de asistencia médica de emergencia administre la atención médica de emergencia que se considere recomendable para el bienestar del alumno(a) a quien se hace referencia aquí mientras practica o participa en las prácticas interescolares, partidos amistosos y/o competencias. Asimismo, si todos los esfuerzos por contactarme no dan resultado, esta autorización permite que los médicos hospitalicen, garanticen una consulta apropiada o prescriban inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía al alumno(a) a quien se hace referencia en este documento. Por la presente acepto y estoy de acuerdo en pagar los honorarios de los médicos y cirujanos, así como los cargos por concepto de hospital por la atención médica de emergencia.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha ____ / ____ / ____

SECCIÓN 3: HISTORIA CLÍNICA

Al final del formulario, explica las respuestas que hayas respondido con un "Sí".

Haz un círculo a las preguntas que no sepas la respuesta.

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Algún médico te negó o restringió alguna vez tu participación en algún deporte por cualquier motivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Padeces algún problema de salud crónico (como asma o diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Actualmente tomas algún medicamento o pastillas de venta con receta o de venta libre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Eres alérgico(a) a medicamentos, al polen, a alimentos o insectos que pican? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez te desmayaste o estuviste a punto de desmayarte DURANTE una sesión de ejercicios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez te desmayaste o estuviste a punto de desmayarte DESPUÉS de una sesión de ejercicios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez sentiste malestar, dolor o presión en el pecho mientras hacías ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tu corazón se acelera u omite latidos durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez el médico te ha dicho que tienes lo siguiente? (marca todas las opciones que correspondan) | | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Infección cardiaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún médico te ha pedido alguna vez un estudio de tu corazón? (por ejemplo electrocardiograma o ecocardiograma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Algún familiar tuyo falleció por causas desconocidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguien en tu familia tiene problemas cardíacos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Algún miembro de tu familia falleció por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguien en tu familia padece el síndrome de Marfan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez pasaste la noche en el hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Has sido sometido(a) a una operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. ¿Alguna vez tuviste una lesión como por ejemplo esguince, desgarre de músculo o ligamento o tendinitis, que te haya impedido asistir a una práctica o una competencia? Si la respuesta es "Sí", marca con un círculo el área afectada que se indica abajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Alguna vez te rompiste o fracturaste algún hueso o te dislocaste alguna articulación? Si la respuesta es "Sí", marca con un círculo abajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Alguna vez tuviste una lesión en los huesos o las articulaciones que requiriera rayos X, resonancia magnética, tomografía computada, cirugía, inyecciones, rehabilitación terapia física, un aparato ortopédico, yeso o muletas? Si la respuesta es "Sí", marca con un círculo abajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cabeza	Cuello	Hombro	Parte superior del brazo o	Codo	Antebrazo	Mano/Dedos	Pecho
Parte superior de la espalda	Parte baja de la espalda	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/espina	Tobillo	Pie/dedos del pie

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 20. ¿Alguna vez tuviste una fractura por fatiga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Te han dicho que padeces o te han tomado una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Utilizas regularmente un aparato ortopédico o un dispositivo de asistencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Algún médico te ha dicho que tienes asma o alergias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Toses, tienes respiración sibilante o dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Alguien en tu familia padece asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador o has tomado medicamentos para el asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Naciste o te falta algún riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (enfermedad contagiosa que causa debilidad continua) durante el último mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Tienes sarpujidos, dolor al hacer presión sobre la piel u otros problemas en la piel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Has tenido una infección en la piel por herpes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Has tenido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Has recibido un golpe en la cabeza y te has sentido confundido(a) o has perdido la memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Has tenido un ataque alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ¿Alguna vez has tenido adormecimiento, escozor o debilidad en los brazos o las piernas después de haberte golpeado o caído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ¿Alguna vez no has podido mover los brazos o las piernas después de haberte golpeado o caído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Cuando haces ejercicio en un lugar caluroso, ¿tienes calambres musculares o te sientes mal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿Algún médico te ha diagnosticado o le ha diagnosticado a algún familiar rasgos de célula falciforme o enfermedad de las células falciformes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿Has tenido problemas con tus ojos o problemas de visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ¿Usas anteojos o lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. ¿Usas dispositivos de protección para los ojos, como por ejemplo "goggles" o una careta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. ¿Estás descontento con tu peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. ¿Estás tratando de subir o bajar de peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. ¿Alguien te ha recomendado modificar tu peso o tus hábitos alimenticios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. ¿Llimitas o controlas cuidadosamente lo que comes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. ¿Tienes alguna preocupación acerca de la cual te gustaría conversar con un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SOLAMENTE MUJERES | | |
| 47. ¿Ya has tenido una menstruación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación? | _____ | _____ |
| 49. ¿Cuántos periodos menstruales tuviste durante los últimos doce meses? | _____ | _____ |
| 50. ¿Estás embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

No(s)	Explica aquí las respuestas que hayas respondido con un "Sí":

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información consignada en este documento es verdadera y completa.

Firma del alumno(a) _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información consignada en este documento es verdadera y completa.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha ____/____/____

SECCIÓN 4: EVALUACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA INICIAL DE LA PIAA ANTERIOR A LA PARTICIPACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO AUTORIZADO ENCARGADO DE LOS EXÁMENES

Este documento deberá ser llenado y firmado por el Médico Autorizado Encargado de los Exámenes (AME) que realiza la evaluación física exhaustiva inicial anterior a la participación (CIPPE) al alumno(a) a quien se menciona en el presente y deberá entregarlo al Director(a), o a la persona designada por el Director(a) de la escuela del alumno.

Nombre del Alumno(a) _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en la Escuela _____ Deporte(s) _____

Altura _____ Peso _____ % grasa corporal (opcional) _____ Pulso _____ Presión _____ / _____ (_____/_____, ____/____)

Visión ojo Der. 20/____ Iqz. 20/____ Corregido SÍ NO (marque uno con un círculo) Pupilas: Iguales ____ Desiguales ____

EXAMEN MÉDICO	NORMAL	CONCLUSIONES ANORMALES
Aspecto		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Audición		
Nódulos linfáticos		
Cardiovascular		
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (varones solamente)		
Neurológico		
Piel		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	CONCLUSIONES ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos de los pies		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL MÉDICO, realizado una evaluación física exhaustiva inicial anterior a la participación del alumno(a) a quien se refiere este documento, y, con base en tal evaluación y el HISTORIAL MÉDICO del alumno(a), certifico que, excepto lo especificado abajo, el alumno está físicamente adecuado para participar en Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos, y/o Competencias en el deporte(s) autorizado por el padre, madre o tutor del alumno(a) en la Sección 2 del formulario de Evaluación Física Exhaustiva Inicial de la PIAA Anterior a la Participación:

APROBADO **APROBADO**, con recomendaciones de una posterior evaluación o un posterior tratamiento por: _____

NO APROBADO para los siguientes tipos de deportes (marque los que correspondan):

COLISIÓN CONTACTO SIN CONTACTO INTENSOS MODERADAMENTE INTENSOS NO INTENSOS

Debido a _____

Recomendaciones/derivaciones _____

Nombre del Médico Autorizado Encargado de los Exámenes (letra de molde) _____ Licencia # _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Firma del AME _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (marcar con un círculo)

Fecha del CIPPE ____/____/____

SECCIÓN 5: RECERTIFICACIÓN DE LA PIAA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR

Este formulario deberá ser llenado por el padre, madre o tutor del alumno que (1) haya completado una Evaluación Física Exhaustiva Inicial Anterior a la Participación (CIPPE) entre el 1° de junio y la participación en la primera Práctica deportiva de la primera temporada del alumno(a) del mismo año escolar; y (2) desee participar en las Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos, y/o Competencias en **todos las temporadas** de deporte(s) **posterior(es)** en el mismo año escolar. El Director(a), o la persona designada por el Director(a) de la escuela del alumno(a) aquí nombrado(a) deberá revisar el HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO y tomar una determinación en cuanto a si el alumno deberá ser reevaluado y recertificado por un médico autorizado encargado de los exámenes de acuerdo con la Sección 6.

HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO

Nombre del Alumno(a) _____ Edad _____ Grado _____

CAMBIOS A LA INFORMACIÓN PERSONAL (En los espacios de abajo, identifique cualquier cambio que haya habido en la Información Personal establecida en la Sección 1 original: INFORMACIÓN PERSONAL Y PARA EMERGENCIAS):

Domicilio particular actual _____

Núm. de teléfono particular actual () _____ Núm. de teléfono celular actual del padre, madre o tutor () _____

CAMBIOS A LA INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA (En los espacios de abajo, identifique cualquier cambio que haya habido en la Información en Caso de Emergencia establecida en la Sección 1 original: INFORMACIÓN PERSONAL Y PARA EMERGENCIAS):

Nombre de la persona de contacto primaria en caso de emergencia _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Núm. de teléfono del contacto en caso de emergencia () _____

Nombre de la persona de contacto secundaria en caso de emergencia _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Núm. de teléfono del contacto en caso de emergencia () _____

Compañía de seguro médico _____ Número de póliza _____

Domicilio _____ Núm. de teléfono () _____

Nombre del médico de la familia _____, MD o DO (marque uno con un círculo)

Domicilio _____ Núm. de teléfono () _____

HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO:

Al final del formulario, explica las respuestas que hayas respondido con un "Sí".

Haz un círculo a las preguntas que no sepas la respuesta.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad y/o lesión relacionada con los deportes desde que completaste la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Has tenido episodios de vértigo, desmayos y/o pérdida del conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has tenido alguna enfermedad y/o lesión NO relacionada con los deportes desde que completaste la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Has tenido episodios de falta de aire, respiración sibilante y/o dolor en el pecho sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has estado internado(a) en una institución y/o en tu hogar como resultado de una enfermedad y/o lesión desde que completaste la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Has tenido algún nuevo problema de salud desde que completaste la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te has sometido a alguna cirugía desde que completaste la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Estás tomando algún NUEVO medicamento o alguna NUEVA pastilla de venta con receta o de venta libre después de haber completado la evaluación CIPPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			9. ¿Tienes alguna preocupación acerca de la cual te gustaría conversar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No(s)	Explica aquí las respuestas que hayas respondido con un "Sí":

DEPORTE(S) POSTERIORES A JUGAR: _____ **TEMPORADA:** Otoño Invierno Primavera (marca una con un círculo)

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información consignada en este documento es verdadera y completa.

Firma del alumno(a) _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información consignada en este documento es verdadera y completa.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha ____/____/____

NOTA: Si en cualquiera de las preguntas del HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO se tilda o se marca con un círculo la opción "Sí", el Director(a) de la escuela del alumno o de la alumna a quien se indica aquí, o la persona designada por el Director(a), requerirá que el alumno(a) llene la Sección 6 antes de ser elegible para participar en el deporte(s) que se indica(n) arriba.

Sección 6: EVALUACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA INICIAL DE LA PIAA ANTERIOR A LA PARTICIPACIÓN Y RECERTIFICACIÓN REALIZADA POR EL MÉDICO AUTORIZADO ENCARGADO DE LOS EXÁMENES

Este documento deberá ser llenado y firmado por el médico autorizado (AME) encargado de los exámenes y entregado al Director(a), o a la persona designada por el Director(a), de la escuela del alumno antes de participar en un segundo deporte y deporte posterior en el mismo año escolar.

Nombre del Alumno(a) _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en la Escuela _____ Deporte(s) _____

Altura _____ Peso _____ % grasa corporal (opcional) _____ Pulso _____ Presión _____/____ (____/____, ____/____)

Visión ojo Der. 20/____ Izq. 20/____ Corregido SÍ NO (marque uno con un círculo) Pupilas: Iguales _____ Desiguales _____

EXAMEN MÉDICO	NORMAL	CONCLUSIONES ANORMALES
Aspecto		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Audición		
Nódulos linfáticos		
Cardiovascular		
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (varones solamente)		
Neurológico		
Piel		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	CONCLUSIONES ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos de los pies		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO, realizado una reevaluación física del alumno(a) a quien se refiere este documento, y, con base en tal reevaluación y el HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO del alumno(a), certifico que, excepto lo especificado abajo, el alumno está físicamente adecuado para participar en Prácticas, Prácticas Interescolares, Partidos Amistosos, y/o Competencias en el deporte(s) autorizado por el padre, madre o tutor del alumno(a) en la Sección 5 del formulario de Evaluación Física Exhaustiva Inicial de la PIAA Anterior a la Participación:

APROBADO **APROBADO**, con recomendaciones de una posterior evaluación o un posterior tratamiento por: _____

NO APROBADO para los siguientes tipos de deportes (marque los que correspondan):

COLISIÓN CONTACTO SIN CONTACTO INTENSOS MODERADAMENTE INTENSOS NO INTENSOS

Debido a _____

Recomendaciones/derivaciones _____

Nombre del **Médico Autorizado Encargado** de los Exámenes (letra de molde) _____ Licencia # _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Firma del **Médico Autorizado Encargado** de los Exámenes _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (marcar con un círculo)

Fecha de la Reevaluación ____/____/____

Sección 7: CLASIFICACIÓN DE PESO MÍNIMO de la CIPPE para LA LUCHA LIBRE

INSTRUCCIONES

De acuerdo con el Programa de Control de Peso adoptado por PIAA, antes de que cualquier alumno participe en la lucha libre interescolar, la clasificación de peso mínimo (MWW) en la cual el alumno podrá luchar durante la temporada deberá ser (1) certificada por un médico autorizado (AME) encargado de los exámenes, y (2) establecerse A MÁS TARDAR en seis semanas antes del primer día de la Competencia de la Temporada Regular de lucha libre y NO MÁS TARDE del lunes anterior al primer día de la Competencia de la Temporada Regular de lucha libre. Esta certificación será proporcionada a y conservada por el Director(a) del alumno, o la persona designada por el Director(a).

Al certificar la clasificación del peso mínimo MWW, el médico autorizado encargado AME de los exámenes hará primero una determinación de la Gravedad Específica de la Orina/Peso Corporal y Porcentaje de Grasa Corporal del alumno, o dicha información será provista por una persona autorizada para hacer tal evaluación ("el Asesor"). Esta determinación será tomada de acuerdo con la Regla 1 de la Federación Nacional de Asociaciones de Escuelas Secundarias Estatales (NFHS) para Lucha Libre, Competencias, Sección 3, Programa de Control de peso que requiere, en su parte relevante, las pruebas de hidratación con una gravedad específica no mayor de 1.025, e inmediatamente después de la evaluación de la grasa corporal, como lo determina la Asociación Nacional de Entrenadores de Lucha Libre (NWCA) Calculadora de Desempeño Óptimo, Edición Estudiantil (junto con la "Evaluación Inicial").

Cuando la Evaluación Inicial establezca un porcentaje de grasa corporal por debajo del 7% para hombres o el 12% para mujeres, el alumno debe obtener un consentimiento del médico autorizado encargado AME para que participe.

Para todos los luchadores, la clase de peso mínimo certificado MWW debe ser certificado por un médico autorizado encargado AME.

Nombre del Alumno(a) _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en la Escuela _____

EVALUACIÓN INICIAL

Por este medio certifico que he realizado una Evaluación Inicial del alumno(a) aquí nombrado de acuerdo con la Calculadora de Desempeño Óptimo de NWCA, Edición Estudiantil, y he determinado lo siguiente:

Gravedad Específica de la Orina/Peso Corporal ____/____ Porcentaje de Grasa Corporal _____ Peso Mínimo para Lucha MWW

Libre _____

Nombre del Asesor (letra de molde) _____ # de ID del Asesor _____

Firma del Asesor _____ Fecha ____/____/____

CERTIFICACIÓN

De acuerdo con las instrucciones establecidas anteriormente y la Evaluación Inicial, he determinado que se permita al alumno aquí mencionado **está certificado** para luchar en la siguiente clasificación de peso mínimo MWW durante la temporada de lucha libre de 20 ____ - 20 ____ .

Nombre del Médico Autorizado Encargado de los Exámenes AME (letra de molde) _____ Licencia # _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Firma del Médico Autorizado Encargado de los Exámenes AME _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP Fecha de la Certificación ____/____/____

(marcar con un círculo)

NOTA: Cualquier deportista que no esté de acuerdo con la Evaluación Inicial podrá apelar una vez los resultados de la evaluación, realizando una segunda evaluación. La segunda evaluación deberá utilizar ya sea un Pletismógrafo por Desplazamiento de Aire llamado Bod Pod, o pruebas de Peso Hidrostático para determinar el porcentaje de grasa corporal. Los resultados obtenidos en la segunda evaluación reemplazarán la Evaluación Inicial y serán aceptados automáticamente; no se permitirá ninguna apelación adicional de ninguna de las partes. Todos los gastos incurridos en la segunda evaluación serán responsabilidad de quienes apelaron la Evaluación Inicial. Se realizarán pruebas de gravedad específica de la orina y el deportista tendrá que tener un resultado de menos de o igual a 1.025 para que proceda la segunda evaluación.