



Escuela Media Avon Grove – Departamento de Deportes  
2009-2010

Información deportiva y paquete médico de la Asociación Atlética Interescolástica de Pennsylvania (PIAA)

**NORMAS Y DISPOSICIONES DE LA PIAA**

Cada alumno(a) deportista debe entregar lo siguiente en la oficina de deportes antes de participar en cualquier práctica o cualquier juego de cualquier deporte interescolástico o cualquier grupo de porristas:

**Todo lo que se enumera a continuación se debe entregar cada año escolar:**

- 1) Información sobre el deportista de AGSD.
- 2) Sección 1 – Información en caso de emergencia, incluida información acerca del seguro médico.
- 3) Sección 2 – Consentimiento de los padres/tutores firmado y normas y disposiciones de la PIAA firmadas por los padres.
- 4) Sección 3 - Historia clínica.
- 5) Sección 4 – Evaluación física exhaustiva inicial anterior a la participación y certificación de un médico (CIPPE, por sus siglas en inglés): examen físico con fines deportivos efectuado después del 1 de junio, 2009.

**Estas secciones se deben entregar para las siguientes temporadas deportivas DESPUÉS de haber entregado un CIPPE válido:**

- 6) Sección 5 – Formulario de recertificación de los padres: se requiere antes de cada temporada siguiente.
- 7) Sección 6 – Formulario de recertificación del médico – el entrenador deportivo determinará si se necesita o no este formulario basándose en la información de la Sección 5.

Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta: pida hablar con el entrenador deportivo de lunes a viernes después de la 1:00 p.m.  
Teléfono: 610-869-3022, Ext. 3483.

- 1) Este paquete físico es solamente para los **deportes de Avon Grove**. Se deben completar todas las páginas en su totalidad a excepción del formulario del médico, sección 4, página 5. Se debe completar toda la información en su totalidad, incluso si la misma se consigna dos veces.
- 2) Por favor, es necesario firmar en todos los lugares donde se solicita una firma. PADRES: Ustedes deben haber firmado por lo menos en 7 lugares. ALUMNOS: Ustedes deben firmar en 1 lugar. La sección 3: historia clínica, en la página 4.
- 3) Es necesario especificar un deporte en particular en el formulario de información personal del deportista en la página 1. **Esto hará que el/la alumno(a) sea agregado automáticamente en el listado de inscripción para ese deporte.** Más abajo se consigna un listado de deportes.
- 4) La sección 4 debe terminar por su doctor sobre la terminación del los deportes físicos. Tiene que realizar el examen después del 1 de junio, 2009. El médico del alumno o de la alumna puede enviar por fax la sección 4 al teléfono 610-869-0827.
- 5) DESPUÉS de haber completado los formularios, es necesario hacer una copia de este paquete para su información y entregar el original. Debido a la construcción del verano a partir del 17 de junio-el 28 de agosto, envíe por favor todas las formas: Fred S. Engle Middle School, Attention Jan Newman, 107 School House Road, West Grove, PA 19352.
- 6) Visite el sitio web para obtener información acerca de las pruebas, las prácticas y los juegos: [www.avongrove.org/fsems](http://www.avongrove.org/fsems) y haga clic en "Daily Sports Schedules" (Horarios diarios de los deportes) bajo el encabezado "Athletics" (deportes). Algunos equipos cuentan con enlaces hacia sus propios sitios web en el sitio web de deportes.

**DEPORTES QUE SE OFRECEN:**

**OTOÑO**

**Comienzan el 19 de agosto de 2009**

Fútbol americano (8th)

**Comienzan el 24 de agosto de 2009**

Fútbol americano (7th)

**Comienzan el 1 de septiembre de 2009**

Fútbol para varones

Fútbol para mujeres

Hockey sobre césped

Porristas (*cheerleading*)

Hockey sobre césped

**INVIERNO**

**Comienzan el 9 de noviembre de 2009**

Básquetbol para varones

Lucha

Porristas (*cheerleading*)

**Comienzan el 7 diciembre de 2009**

Básquetbol para mujeres

**PRIMAVERA**

**Comienzan el 2 de marzo de 2010**

Béisbol

Softbol

Pelota canadiense (Lacrosse) para mujeres

Atletismo en pista para varones

Atletismo en pista para mujeres

**LOS PAQUETES SE DEBEN**

**DISTRITO ESCOLAR AVON GROVE  
INFORMACIÓN PERSONAL DEL DEPORTISTA**

**Los padres/tutores deben completar con tinta NEGRA. Por favor, utilicen letra de imprenta.  
Año escolar 2009-2010**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer nombre Segundo nombre:*

Gender: M F Age \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_ Grade in School Year 2009-2010 \_\_\_\_\_  
*Sexo: M F Edad Fecha de nacimiento Grado durante el año escolar 2009-2010*

Student Home Phone # \_\_\_\_\_  
*No. de teléfono particular del alumno(a)*

Student Cell Phone # \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ AGHS \_\_\_\_\_ FSEMS \_\_\_\_\_ A.G. Charter  
*No. de teléfono celular del alumno(a) Escuela: AGHS FSEMS A.G. Charter*

What sport(s)? \_\_\_\_\_  
*Deportes que practica*

Primary Language spoken at home: \_\_\_\_\_ English \_\_\_\_\_ Spanish \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_  
*Idioma principal que se habla en el hogar: inglés español otro:*

Parent/Guardian Names: Father \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
*Nombre de los padres/tutores: Padre No. de teléfono particular*  
 Work Phone # \_\_\_\_\_  
*No. de teléfono laboral*  
 Cell/Car Phone # \_\_\_\_\_  
*No. de teléfono celular*

Parent/Guardian Names: Mother \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
*Nombre de los padres/tutores: Madre No. de teléfono particular*  
 Work Phone # \_\_\_\_\_  
*No. de teléfono laboral*  
 Cell/Car Phone # \_\_\_\_\_  
*No. de teléfono celular*

Alternative Emergency Contact Person \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
*Persona de contacto alternativa en caso de emergencia No. de teléfono*

Student's Health Insurance Company \_\_\_\_\_  
*Compañía de seguro médico del alumno*

ID# \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
*No. de identificación No. de grupo*

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Shot Dates: Tetanus \_\_\_\_\_ MMR #2 \_\_\_\_\_ Hep B \_\_\_\_\_ Chicken Pox \_\_\_\_\_ Menactra \_\_\_\_\_  
*Fechas de Tétanos MMR No. 2 Hepatitis B Varicela Menactra*  
*las vacunas*

Check all that apply to athlete:

*Marque todas las opciones que se aplican respecto del alumno/a deportista:*

\_\_\_\_\_ Allergies *Alergias* \_\_\_\_\_ Surgery (type/Date) *Cirugía (tipo/fecha):* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Contact Lenses *Lentes de contacto* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Asthma *Asma* \_\_\_\_\_ Previous injury that kept athlete out of practice games  
 \_\_\_\_\_ High/Low Blood Pressure *Hipertensión/hipotensión arterial* *Lesión anterior que mantuvo al deportista fuera*  
 \_\_\_\_\_ Heart Problem *Problemas cardíacos* \_\_\_\_\_ Protective Devices (braces, orthotics, etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Severe Concussion *Contusión grave* *Dispositivos de protección (aparatos de ortodoncia, ortopedia, etc.)*  
 \_\_\_\_\_ Headaches *Dolores de cabeza* \_\_\_\_\_ Medicines taken regularly \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Epilepsy *Epilepsia* *Medicamentos tomados regularmente*

*Please list any health issues that might be significant to the physician evaluating your child:*

*Por favor, consigne cualesquier problemas de salud que pueden ser importantes para el médico que evalúe a su hijo(a):*

**I certify all information to be correct:**

*Certifico que toda la información es correcta:*

Nombre del padre/ madre/ tutor (por favor, en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del padre/ madre/ tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Este formulario estará a disposición del entrenador deportivo y del entrenador en caso de emergencia.**

# 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](http://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 cardiacos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Algún miembro de tu familia falleció por problemas cardiacos 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	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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_