



Fred S. Engle Middle School
Athletic Department
2009-2010

Re-Certificación PIAA del padre o tutor.

Sección 5 –Se adjunta lo forma de Re-certificación PIAA de los padres o tutores. Esta forma deberá llenarse en caso que el atleta haya completado previamente el paquete medico, tenga la evaluación física de pre participación inicial y la certificación del médico (CIPPE) de junio del 2009 en los archivos de la oficina de atletismo y esté interesado en competir en otro deporte; o si usted entrega un nuevo paquete medico CIPPE con fecha del examen médico de 6 semanas antes del 2 de noviembre del 2009 para basquetbol, del 30 de noviembre del 2009 lucha libre y cheerleading femeninos y del 7 de diciembre del 2009 para basquetbol masculino. **La Re-certificación deberá llenarse y firmarse dentro de las 6 semanas de la primera práctica o eliminatoria.**

El paquete medico PIAA, la certificación CIPPE y la re-certificación PIAA de los padres o tutores deberán estar en la oficina de atletismo **ANTES** que el atleta califique para participar en cualquier práctica o eliminatoria en cualquier deporte interescolastico o cualquier equipo de cheerleading.

Si usted no está seguro de tener la forma física PIAA en los archivos de la oficina de atletismo, o necesita una re-certificación, o tiene preguntas en relación al examen médico de su hijo, no dude en llamar a la oficina de atletismo al 610-869-3022, Ext. 3483.

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.