

Este formulario se tradujo utilizando Google Translate. Si tiene alguna pregunta, consulte a su escuela.

## INICIAL INTEGRAL DE PIAA EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

**EVALUACIÓN INICIAL:** Antes de que cualquier estudiante participe en Prácticas, Prácticas entre escuelas, jugadores y / o Concursos, en cualquier escuela miembro de PIAA en cualquier año escolar, se requiere que el estudiante (1) completa una evaluación física de pre-participación inicial integral. (CIPPE); y (2) hacer que las personas apropiadas completan las primeras siete secciones del formulario CIPPE. Al completar las Secciones 1 y 2 por el padre / tutor; Secciones 3, 4, y 5 por el estudiante y el padre / tutor; y la Sección 6 por un médico autorizado (AME), esas secciones deben entregarse al director, o la persona designada por el director, de la escuela del estudiante para que la escuela las retenga. El CIPPE no podrá ser AUTORIZADO más antes que de uno de junio y será efectivos, independientemente de cuando ocurren durante un año escolar, hasta el próxima 31 de mayo o la finalización de la deportiva primavera. \_

**DEPORTE(S) POSTERIORES** en el mismo año escolar: Después de completar de un CIPPE, el mismo estudiante que desee participar en prácticas, prácticas interescolares, Partidos Amistosos y / o Concursos en deporte subsiguiente(s) en el mismo año escolar, debe completar la Sección 7 de este formulario y debe entregar esa Sección al Director, o la persona designada por el Director, de su escuela. El director, o la persona designada por el director, determinará si es necesario completar la Sección 9.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

#### INFORMACION PERSONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino (circule uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad del estudiante en el último cumpleaños: \_\_\_\_\_

Grado del año escolar actual: \_\_\_\_\_

Dirección física actual \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa actual ( ) \_\_\_\_\_

Padre/tutor número de teléfono celular actual ( ) \_\_\_\_\_

Deporte (s) de otoño: \_\_\_\_\_ Deporte (s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección física actual \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia secundaria \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Número y nombre de póliza de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del médico de familia \_\_\_\_\_, MD o DO (circule uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Alergias del estudiante \_\_\_\_\_

Condición de salud del estudiante (s) del cual un médico de emergencia u otro médico personal debe conocer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos recetados del estudiante y las condiciones para las que se le recetan \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DE PADRE / TUTOR

**Los padres / guardianes de estudiante debe completar todas las partes de esta forma.**

**A.** Por la presente doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela \_\_\_\_\_ y un residente del distrito escolar público \_\_\_\_\_, para participar en Prácticas, Prácticas entre escuelas, Scrimmages, y/o concursos durante el 20\_\_\_\_ - año escolar 20\_\_\_\_ en los deporte(s) según lo indicado por mi firma (s) a continuación del nombre de dicho deporte (s) aprobado a continuación.

Deportes de Otoño	Firma del padre o guardián	Deportes de Invierno	Firma del padre o guardián	Deportes de Primavera	Firma del padre o guardián
Campo a través		Baloncesto		Béisbol	
Campo Hockey		Bolos		Niños' Lacrosse	
Fútbol Americano		Equipo de espíritu competitivo		Chicas' Lacrosse	
Golf		Chicas' Gimnasia		Softbol	
Fútbol		Rifle		Niños' Tenis	
Chicas' Tenis		Natación y Buceo		Pista y campo (Exterior)	
Chicas' Vóleibol		Pista y campo (Interior)		Niños' Vóleibol	
Agua Polo		Lucha		Otro	
Otro		Otro			

**B. Comprensión de las reglas de elegibilidad:** Por la presente reconozco que estoy familiarizado con los requisitos de PIAA con respecto a la elegibilidad de los estudiantes de las escuelas miembros de la PIAA para participar en prácticas interescolares, juegos y / o concursos que involucren a las escuelas miembros de la PIAA. Dichos requisitos, que se publican en el sitio web de PIAA en [www.piaa.org](http://www.piaa.org), incluyen, entre otros, la edad, la condición de aficionado, la asistencia a la escuela, la salud, la transferencia de una escuela a otra, las reglas y regulaciones de temporada y fuera de temporada, semestres de asistencia, temporadas de participación deportiva y rendimiento académico.

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**C. Divulgación de registros necesarios para determinar la elegibilidad:** Para permitir que PIAA determine si el estudiante aquí mencionado es elegible para participar en deportes interescolares que involucren a las escuelas miembros de PIAA, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación a PIAA de cualquier y todas las partes de los archivos de registros escolares, comenzando el séptimo grado, del estudiante aquí mencionado incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia de los padres o tutores, dirección de residencia del estudiante, registros de salud, trabajo completado, calificaciones recibidas y datos de asistencia.

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**D. Permiso para usar nombre, semejanza e información atlética:** Doy mi consentimiento para que PIAA use el nombre, semejanza e información relacionada con el deporte del estudiante aquí mencionado en transmisiones de video y retransmisiones, transmisiones por Internet e informes de prácticas entre escuelas, jugadas y / o Concursos, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar.

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**E. Permiso para administrar atención médica de emergencia:** Doy mi consentimiento para que un proveedor de atención médica de emergencia administre cualquier atención médica de emergencia que se considere aconsejable para el bienestar del estudiante aquí mencionado mientras el estudiante está practicando o participando en Prácticas inter-escolares, Scrimmages y / o Concursos. Además, esta autorización permite, si los esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, que los médicos hospitalicen, aseguren la consulta apropiada, ordenen inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía para el estudiante aquí mencionado. Por la presente, acepto pagar los honorarios de los médicos y / o cirujanos, los cargos hospitalarios y los gastos relacionados por dicha atención médica de emergencia. Además, doy permiso a la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para consultar con el Profesional Médico Autorizado que ejecuta la Sección 7 con respecto a una condición médica o lesión al estudiante aquí mencionado.

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**F. Confidencialidad:** El personal de la escuela tratará la información de este CIPPE como confidencial. Puede ser utilizado por la administración atlética de la escuela, los entrenadores y el personal médico para determinar la elegibilidad atlética, para identificar afecciones médicas y lesiones, y para promover la seguridad y la prevención de lesiones. En caso de una emergencia, la información contenida en este CIPPE puede compartirse con el personal médico de emergencia. La información sobre una lesión o condición médica no se compartirá con el público o los medios de comunicación sin el consentimiento por escrito de los padres o tutores.

Firma del padre / guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SECCIÓN 3: COMPRENSIÓN DEL RIESGO DE CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA

### ¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que:

- Es causado por un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que funciona normalmente el cerebro de un estudiante.
- Puede ocurrir durante Prácticas y / o Concursos en cualquier deporte.
- Puede suceder incluso si un estudiante no ha perdido el conocimiento.
- Puede ser grave incluso si un estudiante acaba de ser "golpeado" o "han sonado la campana".

Todas las conmociones cerebrales son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad de un estudiante para hacer el trabajo escolar y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de los estudiantes con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo al cerebro del estudiante conmoción cerebral para que se recupere.

### ¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden ver; sin embargo, en un estudiante con potencial conmoción cerebral, uno o más de los síntomas enumerados a continuación pueden volverse evidentes y / o que el estudiante "no se sienta bien" poco después, unos días después o incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Molesto por la luz o el ruido
- Sentirse lento, brumoso, con niebla o aturrido
- Dificultad para prestar atención
- Problemas de memoria
- Confusión

### ¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos u otra persona pueden tener una conmoción cerebral?

• **Los estudiantes que sientan cualquiera de los síntomas descritos anteriormente deben informar inmediatamente a su entrenador ya sus padres.** Además, si notan que algún compañero de equipo presenta tales síntomas, deben informar inmediatamente a su Entrenador.

• **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico con licencia en medicina o medicina osteopatía (MD o DO), suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, debe examinar al estudiante, determinar si el estudiante tiene una conmoción cerebral y determinar cuándo el estudiante tiene autorización para volver a participar en deportes interescolares.

• **Los estudiantes con conmoción cerebral deben darse tiempo para mejorar.** Si un estudiante ha sufrido una conmoción cerebral, el cerebro del estudiante necesita tiempo para sanar. Si bien el cerebro de un estudiante con una conmoción cerebral todavía se está recuperando, es mucho más probable que ese estudiante tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que le toma a un estudiante que ya sufrió una conmoción cerebral recuperarse y pueden causar más daño al cerebro de ese estudiante. Tal daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante con conmoción cerebral descanse y no vuelva a jugar hasta que el estudiante reciba el permiso de un médico o DO, suficientemente familiarizado con el manejo actual de la conmoción cerebral, para que el estudiante no tenga síntomas.

### ¿Cómo pueden los estudiantes prevenir una conmoción cerebral? Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse.

• Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo proteja adecuadamente a un estudiante, debe ser:

El equipo adecuado para el deporte, la posición o la actividad;  
Usado correctamente y del tamaño y ajuste correctos; y  
Se utiliza cada vez que el estudiante practica y / o compete.

- Siga las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte.
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento.

**Si un estudiante cree que puede tener una conmoción cerebral: no lo oculte. Repórtalo. Tómalo tu tiempo para recuperarte.**

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

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

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y el riesgo de una conmoción cerebral y una lesión cerebral traumática mientras participo en deportes interescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del padre / guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SECCIÓN 4: COMPRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UN PARO CARDÍACO REPENTINO

**¿Qué es un paro cardíaco repentino?** El paro cardíaco repentino (SCA) ocurre cuando el corazón deja de latir repentinamente e inesperadamente. Cuando esto sucede, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y otros órganos vitales. El SCA NO es un ataque cardíaco. Un ataque cardíaco puede causar SCA, pero no es lo mismo. Un ataque cardíaco es causado por un bloqueo que detiene el flujo de sangre al corazón. El SCA es un mal funcionamiento del sistema eléctrico del corazón que hace que el corazón deje de latir repentinamente.

**¿Qué tan común es el paro cardíaco repentino en los Estados Unidos?** Hay alrededor de 350,000 paros cardíacos que ocurren fuera de los hospitales cada año. Más de 10,000 personas menores de 25 años mueren de SCA cada año. SCA es el asesino número uno de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los campus escolares.

### ¿Hay señales de advertencia?

Aunque el paro cardíaco repentino ocurre inesperadamente, algunas personas pueden presentar signos o síntomas, como

- Mareos o aturdimiento al hacer ejercicio;
- Desmayo o desmayo durante o después de hacer ejercicio;
- Falta de aire o dificultad para respirar con el ejercicio, que no esté relacionado con el asma;
- Latidos acelerados, saltados o palpitaciones (palpitaciones)
- Fatiga (aparición reciente o extrema de cansancio)
- Debilidad;
- Dolor, presión u opresión en el pecho durante o después del ejercicio

Estos síntomas pueden ser poco claros y confusos en los deportistas. Algunos pueden ignorar los signos o pensar que son resultados normales del agotamiento físico. Si se diagnostican y tratan las afecciones que causan el PCS antes de un evento potencialmente mortal, la muerte súbita cardíaca se puede prevenir en muchos jóvenes atletas.

### ¿Cuáles son los riesgos de practicar o jugar después de experimentar estos síntomas?

Existen riesgos significativos asociados con continuar practicando o jugando después de experimentar estos síntomas. Los síntomas pueden significar que algo mal y el atleta debe ser revisado antes de volver a jugar. Cuando el corazón se detiene debido a un paro cardíaco, también lo hace la sangre que fluye hacia el cerebro y otros órganos vitales. La muerte o el daño cerebral permanente pueden ocurrir en solo unos minutos. La mayoría de las personas que experimentan un PCS mueren a causa de él; las tasas de supervivencia están por debajo del 10%.

### Ley 73 - Ley de Peyton - Prueba de electrocardiograma para estudiantes atletas

La Ley tiene como objetivo ayudar a mantener seguros a los estudiantes-atletas mientras practican o juegan al brindar educación sobre SCA y al requerir que se notifique a los padres que puede solicitar, a su cargo, un electrocardiograma (EKG o ECG) como parte del examen físico para ayudar descubrir problemas cardíacos ocultos que pueden provocar un paro cardíaco repentino

### ¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los jóvenes?

- Hasta el 90 por ciento de los problemas cardíacos subyacentes se pasan por alto cuando se usa solo el historial y el examen físico;
- La mayoría de las afecciones cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino no son detectables al escuchar el corazón con un estetoscopio durante un examen físico de rutina; y
- A menudo, los jóvenes no informan ni reconocen los síntomas de una posible afección cardíaca.

**¿Qué es un electrocardiograma (EKG o ECG)?** Un ECG / EKG es una prueba rápida, indolora y no invasiva que mide y registra un momento en el tiempo de la actividad eléctrica del corazón. Un técnico coloca pequeños parches de electrodos en la piel del pecho, los brazos y las piernas. Un ECG / EKG proporciona información sobre la estructura, función, frecuencia y ritmo del corazón.

**¿Por qué agregar un ECG/EKG al examen físico?** Agregar un ECG/EKG al historial y al examen físico puede sugerir más pruebas o ayudar a identificar hasta dos tercios de las afecciones cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino. Su médico puede solicitar un ECG/EKG para detectar enfermedades cardiovasculares o una variedad de síntomas como dolor de pecho, palpitaciones, mareos, desmayos o antecedentes familiares de enfermedades cardíacas.

- Las pruebas de ECG / EKG deben considerarse cada 1-2 años porque los corazones jóvenes crecen y cambian.
- Los exámenes de ECG / EKG pueden aumentar la sensibilidad para la detección de enfermedades cardíacas no diagnosticadas, pero es posible que no prevengan el paro cardíaco repentino.
- Los exámenes ECG / EKG con hallazgos anormales deben ser evaluados por médicos entrenados.
- Si el examen de ECG / EKG tiene hallazgos anormales, puede necesitar pruebas adicionales para hacer (con coste asociado y riesgo) antes de que un diagnóstico se puede hacer, y puede evitar que el estudiante de participen en deportes por un período corto de tiempo hasta que la prueba se completa y se pueden hacer recomendaciones más específicas.
- El ECG / EKG puede tener resultados falsos positivos, lo que sugiere una anomalía que en realidad no existe (resultado falso positivo ocurren menos cuando ECG / EKG son leídos por un hábil practicante de medicina en la interpretación del ECG / EKG de los niños, adolescentes y jóvenes deportistas).
- Los ECG / EKG dan como resultados menos falsos positivos que simplemente usando el historial y el examen físico actuales.

**La Universidad de cardióloga americana / La asociación de corazón americano no recomiendan un ECG o EKG en pacientes asintomáticos, pero respaldan los programas locales en los que se pueden aplicar ECG o EKG con recursos de alta calidad.**

*Retirada del juego / regreso al juego:* Cualquier atleta/estudiante que tiene signos o síntomas de SCA debe ser retirado del juego (que incluye toda la actividad atlética). Los síntomas pueden ocurrir antes, durante o después de la actividad.

Antes de volver a jugar, el atleta debe ser evaluado y liberado por médico. La autorización para volver a jugar debe ser por escrito. La evaluación debe ser realizada por un médico con licencia, un enfermero practicante certificado o un cardiólogo (médico del corazón). El médico con licencia o certificado profesional de enfermería registrados pueden consultar a cualquier otro profesional médico con licencia o certificados profesionales de la medicina.

Revisé este formulario y comprendo los síntomas y las señales de advertencia de SCA. También he leído la información sobre la prueba del electrocardiograma y cómo puede ayudar a detectar problemas cardíacos ocultos.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante-deportista

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del estudiante-atleta en letra de imprenta

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de la madre o del padre / guardián en letra de imprenta

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

	Sí	No		Sí	No																					
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Infección del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
16. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Cabeza</td> <td>Cuello</td> <td>Hombro</td> <td>Brazo</td> <td>Codo</td> <td>Mano / Dedos</td> <td>Pecho</td> </tr> <tr> <td>Superior de la espalda</td> <td>Espalda baja</td> <td>Cadera</td> <td>Muslo</td> <td>Rodilla</td> <td>Tobillo</td> <td>Pie</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pantorrilla/ espinilla</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Mano / Dedos	Pecho	Superior de la espalda	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Pie					Pantorrilla/ espinilla					46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Mano / Dedos	Pecho																				
Superior de la espalda	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Pie																				
				Pantorrilla/ espinilla																						
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preguntas sobre la menstruación: si corresponde			<input type="checkbox"/>																				
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
			49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
			50. ¿Cuándo fue su última menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

#s	Explicar "Sí", responde aquí:

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

**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**Firma del padre / guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SECTION 6: PIAA COMPREHENSIVE INITIAL PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION  
AND CERTIFICATION OF AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER**

Must be completed and signed by the Authorized Medical Examiner (AME) performing the herein named student's comprehensive initial pre-participation physical evaluation (CIPPE) and turned in to the Principal, or the Principal's designee, of the student's school.

Student's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Enrolled in \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Sport(s) \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ % Body Fat (optional) \_\_\_\_\_ Brachial Artery BP \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_) RP \_\_\_\_\_

If either the brachial artery blood pressure (BP) or resting pulse (RP) is above the following levels, further evaluation by the student's primary care physician is recommended.

**Age 10-12:** BP: >126/82, RP: >104; **Age 13-15:** BP: >136/86, RP >100; **Age 16-25:** BP: >142/92, RP >96.

Vision: R 20/\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_ Corrected: YES NO (circle one) Pupils: Equal \_\_\_\_ Unequal \_\_\_\_

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/Ears/Nose/Throat		
Hearing		
Lymph Nodes		
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Heart murmur <input type="checkbox"/> Femoral pulses to exclude aortic coarctation <input type="checkbox"/> Physical stigmata of Marfan syndrome
Cardiopulmonary		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)		
Neurological		
Skin		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder/Arm		
Elbow/Forearm		
Wrist/Hand/Fingers		
Hip/Thigh		
Knee		
Leg/Ankle		
Foot/Toes		

I hereby certify that I have reviewed the HEALTH HISTORY, performed a comprehensive initial pre-participation physical evaluation of the herein named student, and, on the basis of such evaluation and the student's HEALTH HISTORY, certify that, except as specified below, the student is physically fit to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in the sport(s) consented to by the student's parent/guardian in Section 2 of the PIAA Comprehensive Initial Pre-Participation Physical Evaluation form:

**CLEARED**  **CLEARED** with recommendation(s) for further evaluation or treatment for: \_\_\_\_\_

**NOT CLEARED** for the following types of sports (please check those that apply):

COLLISION  CONTACT  NON-CONTACT  STRENUOUS  MODERATELY STRENUOUS  NON-STRENUOUS

Due to \_\_\_\_\_

Recommendation(s)/Referral(s) \_\_\_\_\_

AME's Name (print/type) \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

AME's Signature \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, CRNP, or SNP (circle one) Certification Date of CIPPE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_