

SECCIÓN 6: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO

Debe ser completado y firmado por el Examinador Médico Autorizado (AME por sus siglas en inglés) que realiza la evaluación física inicial comprensiva (CIPPE por sus siglas en inglés) del estudiante nombrado en la presente y entregado al **Director, o su designado**, de la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito en el (los) deporte(s) de la escuela _____

Altura _____ Peso _____ % Grasa Corporal (opcional) _____ Arteria Braquial BP ____/____ (____/____, ____/____) RP _____
Si la presión arterial arteria braquial (BP) o pulso en reposo (RP por sus siglas en inglés) están arriba de los siguientes niveles, se recomienda una evaluación adicional del estudiante por su medico de cuidado principal.

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

Visión: R 20/____ L 20/____ Corregido: Si NO (encierre uno) Pupilas: Igual____ Desigual____

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Pulsos femorales para excluir la coartación de la aorta <input type="checkbox"/> Estigmas físicos del síndrome de Marfan
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Regrese		
Hombro/Brazo		
Codo/Ante Brazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL de SALUD, elaboré una evaluación física inicial de preparticipación del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal evaluación y del HISTORIAL de SALUD del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la sección 2 del formulario de evaluación física inicial comprensiva de preparticipación PIAA.

AUTORIZADO **AUTORIZADO**, con recomendación(es) para evaluación o tratamiento futuro para: _____

NO AUTORIZADO para los siguientes tipos de deportes (por favor marque aquellos que aplican):

Impacto Contacto Sin contacto Vigoroso Vigoroso Moderado No Vigoroso

A causa de _____

Recomendación(es)/Remisión(es) _____

Nombre AME (use letra de molde/mecanografía) _____ Núm de licencia _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Firma AME _____ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (encierre uno) Autorizado Fecha de CIPPE ____/____/____