

VHSL

Sirviendo a la Juventud Desde el 1913

VIRGINIA HIGH SCHOOL LEAGUE, INC.
1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911

Formulario de Participación Atlética/Permiso Paternal/Examen Físico

Se requiere un examen médico para cada año escolar del 1º de mayo del año corriente al 30 de junio del siguiente.

Para el Año Escolar _____ **PARTE I – PARTICIPACIÓN ATLÉTICA** Varón _____
(A ser llenado por el estudiante) Hembra _____

Nombre del Estudiante _____ Número de Identificación (I.D #) _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección Residencial _____

Ciudad/"Zip Code" _____

Dirección Residencial de los Padres _____

Ciudad/"Zip Code" _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Este es mi _____ semestre en la Escuela Superior (Colegio), y mi _____ desde que comencé el noveno grado. El semestre pasado estuve en la escuela, aprobé _____ créditos (clases), y estoy tomando _____ créditos (clases) este semestre. He leído las reglas abreviadas de elegibilidad de la Liga de Escuela Superior de Virginia, mencionada subsiguientemente y conocida por sus siglas en inglés, VHSL, y creo ser elegible para representar a mi escuela superior en competencias atléticas.

REGLAS INDIVIDUALES DE ELIGIBILIDAD

Para ser elegible para representar su escuela en cualquier competencia VHSL atlética interescolar, usted --

- debe ser un estudiante regular bona fide en buena posición en la escuela que representa.
- debe haber estado matriculado en los últimos cuatro años de escuela superior (los estudiantes del octavo grado pueden ser elegibles para equipos "varsity" menores).
- debe haberse matriculado no más tarde del día quince del semestre corriente.
- para el primer semestre debe estar matriculado en no menos de cinco materias (clases), o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser usadas para graduación y debe haber aprobado cinco materias, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser usadas para graduación el año precedente inmediato, o el semestre anterior inmediato, para escuelas que certifican créditos en base a semestres. (Chequee con su principal sobre requisitos equivalentes). **No podrá repetir cursos con propósito de elegibilidad para los cuales se hayan otorgado créditos previamente.**
- para el segundo semestre debe estar corrientemente matriculado en no menos de cinco materias, o sus equivalentes, ofrecidas para crédito y las cuales puedan usarse para graduación el semestre precedente inmediato y haber aprobado no menos de cinco materias, o sus equivalentes, ofrecidas para crédito y las cuales puedan usarse para graduación el semestre precedente inmediato (Chequee con su principal sobre requisitos equivalentes).
- debe de asistir a todas las competencias de VHSL por 365 días calendarios a partir del cambio de escuela, a menos que el cambio haya coincidido con una mudanza familiar (Chequee con su principal sobre excepciones.)
- no debe de haber cumplido diecinueve años en o antes del primer día de agosto del año escolar corriente. No debe, después de entrar al noveno grado por primera vez, haber sido matriculado en o ser elegible para matrícula en la escuela superior mas de ocho semestres consecutivos.
- debe haber sometido a su principal un Formulario de Participación Atlética/Permiso Paternal/Examen Físico completamente llenado y debidamente firmado, dando fe de que usted ha sido examinado durante el año escolar corriente y encontrado en condición física para competencia atlética y que sus padres están de acuerdo con su participación, antes de cualquier clase de participación como miembro de cualquier equipo escolar atlético o equipo de "cheerleading", incluyendo pruebas o prácticas.
- no debe estar en violación de las reglas del VHSL Aficionado (amateur), Premios, Equipos Estrellas (All Star), o Colegio (Chequee con su principal sobre clarificación con relación a "cheerleading.")

La elegibilidad para participar en competencias atléticas interescolares es un privilegio que usted puede ganar al cumplir. no sólo con los estándares mínimos listados arriba, sino con todos otros estándares de su liga, distrito y escuela. Si tiene

preguntas con relación a su elegibilidad o tiene dudas sobre el efecto que alguna actividad tenga sobre su elegibilidad, **chequee con su principal sobre interpretaciones y excepciones provistas bajo las reglas de la liga.** El cumplir con el intento y espíritu de los estándares de la Liga prevendrá que usted, su equipo, escuela y comunidad sean penalizados. Además, doy mi consentimiento y aprobación para que mi foto y nombre se usen en forma impresa en cualquier escuela superior o programa atlético del VHSL, publicación o video.

LAS DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y DISTRITOS DE VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A LOS LISTADOS ARRIBA.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

El proveer información falsa resultará en inegibilidad por un año.

Revisada abril de 2007

**PART II - - MEDICAL HISTORY
(PARTE II - - HISTORIAL MÉDICO)**

**This form must be completed and signed, prior to the physical examination, for review by examining physician.
(Este formulario debe completarse y firmarse antes del examen físico, para ser revisado por el médico examinador.)**

**Explain “Yes” answers below with number of the question. Circle questions you don’t know the answers to.
(Explique las contestaciones “Sí” siguientes, con el número de la pregunta. Circule preguntas para las cuales desconoce la respuesta.)**

MEDICAL HISTORY OF STUDENT & FAMILY (HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA)	Yes (Sí)	No (No)	MEDICAL HISTORY OF STUDENT & FAMILY (HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA)	Yes (Sí)	No (No)
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason? <i>¿Alguna vez un doctor le ha denegado o restringido su participación en deportes por cualquier razón?</i>			32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems? <i>¿Tiene usted alguna erupción, llagas de presión, u otros problemas de la piel?</i>		
2. Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)? <i>¿Tiene alguna condición médica actual (como diabetes o asma)?</i>			33. Have you ever had herpes skin infection? <i>¿Alguna vez ha tenido la infección de la piel herpes?</i>		
3. Are you currently taking any prescription or non prescription (over the counter) medicines or pills? <i>¿Está tomando actualmente alguna medicina por receta o sin receta?</i>			34. Have you ever had a head injury or concussion? <i>¿Alguna vez ha sufrido una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?</i>		
4. Do you have allergies to medicines, pollens, foods or stinging insects? <i>¿Tiene alergias a medicinas, polen, alimentos o picaduras de insectos?</i>			35. Date of last head injury or concussion: Date: _____ <i>Fecha de la última herida o conmoción:</i> Fecha: _____		
5. Do you have prescriptions for use of epinephrine, adrenalin, inhaler, or other allergy medications? <i>¿Tiene recetas para el uso de epinefrina, adrenalina, inhaladores u otros medicamentos para la alergia?</i>			36. Have you ever been hit in the head and been confused or lost your memory? <i>¿Alguna vez ha recibido un golpe en la cabeza o ha estado confundido o ha perdido la memoria?</i>		
6. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? <i>¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado durante o después de ejercitarse?</i>			37. Have you ever been knocked unconscious? <i>¿Alguna vez lo han golpeado inconsciente?</i>		
7. Have you ever passed out or nearly passed out at any other time? <i>¿Se ha desmayado o casi desmayado en cualquier otro momento?</i>			38. Have you ever had a seizure? <i>¿Alguna vez ha tenido un ataque?</i>		
8. Have you ever had discomfort, pain, or pressure in your chest during exercise? <i>¿Ha sentido incomodidad, dolor, o presión en el pecho durante el ejercicio?</i>			39. Do you have headaches with exercise? <i>¿Le dan dolores de cabeza con el ejercicio?</i>		
9. Have you ever had to stop running after ¼ to ½ mile for chest pain or shortness of breath? <i>¿Alguna vez a tenido que dejar de correr después de ¼ a ½ milla por dolor en el pecho o respiración dificultosa?</i>			40. Have you ever had a numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling? <i>¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, cosquilleo, o debilidad en los brazos o piernas después de recibir un golpe o caerse?</i>		
10. Does your heart race or skip beats during exercise? <i>¿Siente que su corazón se acelera o que brinca un latido mientras hace ejercicio?</i>			41. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling? <i>¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas después de recibir un golpe o caerse?</i>		
11. Has a doctor ever told you that you have (check all that apply): High Blood Pressure A heart murmur High cholesterol A heart infection <i>¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene (marque todas las que se apliquen):</i> <i>Presión arterial alta Murmullo en el corazón</i> <i>Colesterol alto Infección cardíaca</i>			42. When exercising in heat, do you have severe muscle cramps or become ill? <i>¿Cuando se ejercita en el calor, tiene espasmos musculares severos o se siente enfermo?</i>		

12. Has a doctor ever ordered a test for your heart? <i>¿Alguna vez le ha ordenado un doctor una prueba del corazón?</i>		43. Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease? <i>¿Le ha dicho un doctor que usted o alguien en su familia tiene rasgos de célula falciforme o enfermedad de célula falciforme?</i>		
13. Has anyone in your family died suddenly for no apparent reason? <i>¿Ha muerto alguien en su familia de repente sin causa o razón aparente?</i>		44. Have you had any other blood disorders or anemia? <i>¿Alguna vez ha tenido cualquier otra enfermedad de la sangre o anemia?</i>		
14. Does anyone in your family have a heart problem? <i>¿Tiene alguien en su familia problemas del corazón?</i>		45. Have you had any problems with your eyes or vision? <i>¿Alguna vez ha tenido problemas de los ojos o la visión?</i>		
15. Has any family member or relative died of heart problems or sudden death before age 50? (This does not include accidental death) <i>¿Ha muerto algún familiar de problemas del corazón o de repente antes de los 50 años? (Esto no incluye muerte accidental)</i>		46. Do you wear glasses or contact lenses? <i>¿Usa usted gafas o lentes de contacto?</i>		
16. Does anyone in your family have Marfan syndrome? <i>¿Tiene alguien en su familia el síndrome de Marfan?</i>		47. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield? <i>¿Usa usted gafas protectoras o un escudo facial?</i>		
17. Have you ever spent the night in a hospital? <i>¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?</i>		48. Are you happy with your weight? <i>¿Está contento con su peso?</i>		
18. Have you ever had surgery? <i>¿Le han hecho alguna vez cirugía?</i>		49. Are you trying to gain or lose weight? <i>¿Está tratando de aumentar o rebajar de peso?</i> I		
19. Have you ever had an injury, like a sprain, muscle or ligament tear, or tendonitis that caused you to miss a practice or game? <i>¿Ha tenido alguna vez una herida, como torcedura, desgarre de músculo o ligamento, o tendonitis que haya causado el que faltara a una práctica o juego?</i>		50. Do you limit or carefully control what you eat? <i>¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?</i>		
20. Have you had any broken or fractured bones or dislocated joints? <i>¿Se le ha roto o fracturado un hueso, o dislocado una coyuntura?</i>		51. Has anyone recommended you change your weight or eating habits? <i>¿Le ha recomendado alguien que modere su peso o hábitos alimenticios?</i>		
21. Have you had a bone or joint injury that required x-rays, MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches? <i>¿Ha tenido una lesión de hueso o coyuntura que haya requerido rayos X, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, una abrazadera, un enyesado o muletas?</i>		52. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor? <i>¿Tiene alguna preocupación que quisiera discutir con un doctor?</i>		
22. Have you ever had a stress fracture? <i>¿Ha tenido alguna vez una fractura de tensión?</i>		53. What is the date of your last Tetanus immunization? Date: _____ <i>¿Cuál es la fecha de su última vacuna contra el tétano?</i> Fecha: _____		
23. Have you ever had an x-ray of your neck for atlanto-axial instability? OR Have you ever been told that you have that disorder or any neck/spine problem? <i>¿Le han tomado alguna vez una radiografía del cuello para inestabilidad atlantoaxial? o ¿Le han dicho que tiene esa enfermedad o cualquier problema del cuello o la espina dorsal?</i>		FEMALES ONLY SÓLO HEMBRAS 54. Have you ever had a menstrual period? <i>¿Alguna vez ha tenido una menstruación?</i>		
24. Do you regularly use a brace or assistive device? <i>¿Usa regularmente una abrazadera o dispositivo de ayuda</i>		55. Age when you had your first menstrual period? _____ Edad cuando tuvo su primer período menstrual _____		
25. Have you ever been diagnosed with asthma or other allergic disorders? <i>¿Le han diagnosticado asma u otra condición alérgica?</i>		56. How many periods have you had in the last 12 months? <i>¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?</i> _____		
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? <i>¿Toce, resuella, o tiene otra dificultad al respirar durante o después de ejercitarse?</i>		57. Do you take a calcium supplement? <i>¿Toma un suplemento de calcio?</i>		

			Explain "Yes" answers here: <i>Explique contestaciones "Si" aquí:</i>
27. Is there anyone in your family who has asthma? <i>¿Hay alguien en su familia con asma?</i>			
28. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine? <i>¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicinas para el asma?</i>			
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ? <i>¿Nació sin, o le falta a usted un riñón, un ojo, un testículo, o cualquier otro órgano?</i>			
30. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last three months? <i>¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) durante los últimos tres meses?</i>			
31. Have you ever had mono or any illness lasting more than two weeks? <i>¿Ha tenido alguna vez mono o cualquier otra enfermedad que haya durado más de dos semanas?</i>			

Parent/Guardian Signature: _____
(Firma del Padre o Encargado:)

Athlete's Signature: _____
(Firma del Atleta)

PART III- PHYSICAL EXAMINATION

(Physical examination form is required each school year dated after May 1 of the preceding school year and is good through June 30 of the current school year)**

NAME _____ DATE OF BIRTH _____ SCHOOL _____

Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP /	Resting pulse	Vision R 20/	L 20/
		Corrected	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance (Marfan stigmata: kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse, and aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat (Pupils equal, hearing)		
Lymph nodes		
Heart (Murmurs: auscultation standing, supine, +/- Valsalva)		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin (Herpes simplex virus, lesions suggestive of MRSA or tinea corporis)		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional (i.e. Double leg squat, single leg squat, box drop or step drop test)		
Emergency medications required on-site: <input type="checkbox"/> Inhaler <input type="checkbox"/> Epinephrine <input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Other:		
COMMENTS:		

I have reviewed the data above, reviewed his/her medical history form and make the following recommendations for his/her participation in athletics:

MEDICALLY ELIGIBLE FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION

MEDICALLY ELIGIBLE FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION WITH RECOMMENDATION FOR FURTHER EVALUATION OR TREATMENT OF:

MEDICALLY ELIGIBLE ONLY FOR THE FOLLOWING SPORTS: _____

Reason: _____

NOT MEDICALLY ELIGIBLE PENDING FURTHER EVALUATION OF: _____

NOT MEDICALLY ELIGIBLE FOR ANY SPORTS

By this signature, I attest that I have examined the above student and completed this pre-participation physical including a review of Part II- Medical History.

→ **PRACTITIONER SIGNATURE:** _____ (MD, DO, NP or PA) + **DATE**:** _____

EXAMINER'S NAME AND DEGREE (PRINT): _____ **PHONE NUMBER:** _____

ADDRESS: _____ **CITY:** _____ **STATE:** _____ **ZIP:** _____

+Only signature of Doctor of Medicine, Doctor of Osteopathic Medicine, Nurse Practitioner or Physician's Assistant licensed to practice in the United States will be accepted.

Rule 28B-1 (3) Physical Examination Rule/Transfer Student (10-90)- When an out-of-state student who has received a current physical examination elsewhere transfers to Virginia and attaches proof of that physical examination to the League form #2, the student is in compliance with physical examination requirements.

PARTE IV – RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO

(A ser completada y firmada por el padre o encargado)

Doy permiso para que _____ [nombre del hijo(a) o encargo] participe en cualquiera de los siguientes deportes que no estén tachados: béisbol, básquetbol, "cheerleading," a campo traviesa, hockey de césped, fútbol americano, golf, gimnasia, la crosse, fútbol, sóftbol, natación/zambullimiento, tenis, pista y campo, vóleibol, lucha, otro (identifique los deportes) _____

He revisado las reglas de elegibilidad individual y entiendo que con la participación en deportes viene el riesgo de heridas o lesiones a mi hijo(a) o encargo. Entiendo que el grado de peligro y su severidad varía significativamente de un deporte a otro, conllevando los deportes de contacto físico los mayores riesgos. He tenido la oportunidad de entender el riesgo inherente que hay en los deportes a través de reuniones, información escrita y otros medios. Él/ella tiene seguro de accidente de estudiante a través de la escuela (sí ___ no ___); tiene cubierta de seguro por participación atlética a través de la escuela (sí ___ no ___); está asegurado/a por nuestra póliza de seguro familiar con:

Nombre de la Compañía: _____
Número de Póliza: _____ Nombre del Asegurado: _____

Estoy conciente de que el participar en deportes conlleva viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes en el deporte y con los viajes requeridos y, con ese conocimiento en mente, doy mi permiso para que mi hijo(a)/encargo participe en el deporte y viaje con el equipo.

Con mi firma, doy mi consentimiento a que el médico(s) y otros profesionales de la salud seleccionados por mí o la escuela hagan un examen de pre-participación a mi hijo(a) y a que le provéan tratamiento para cualquier herida o condición que resulte de su participación en atletismo/actividades para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Además consiento en permitirle al antedicho médico(s) compartir información concerniente a mi hijo(a) que sea pertinente a la participación en el atletismo y actividades con entrenadores y otro personal escolar según sea necesario.

Adicionalmente, doy mi consentimiento y aprobación para que el nombre y la foto del estudiante nombrado arriba, sea impreso en cualquier publicación o video del programa atlético de la escuela superior(colegio) o de VHSL.

PART V - EMERGENCY PERMISSION FORM

(To be completed and signed by parent/guardian)

(PARTE V – FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA)

(A ser completado y firmado por el padre/encargado)

STUDENT'S NAME _____ **GRADE** _____ **AGE** _____
(NOMBRE DEL ESTUDIANTE) **(GRADO)** **(EDAD)**

HIGH SCHOOL _____ **CITY** _____
(ESCUELA SUPERIOR - COLEGIO) **(CIUDAD)**

Please list any significant health problems that might be significant to a physician evaluating your child in case of an emergency
(Por favor, haga una lista de los problemas de salud que pudieran ser importantes para un médico al evaluar a su hijo(a) en caso de emergencia.)

Please list any allergies to medications, etc.

(Por favor, haga una lista de alergias a medicinas , etc.) _____

Has student been prescribed an inhaler or epipen ? (¿Le han recetado un inhalador o epipen?) _____

Is student presently taking medication? (¿Está el estudiante tomando medicinas?) _____ If so, what type?
(Si es así, ¿de qué tipo?) _____

Does student wear contact lenses? (Usa el estudiante lentes de contacto?) _____ Please list date
of last tetanus shot. (Por favor, escriba la fecha de la última vacuna contra el tétano.) _____

EMERGENCY AUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA): In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to physicians selected by the coaches and staff of High School to hospitalize, secure proper treatment for and to order injection and/or anesthesia and/or surgery for the person named above.

(En caso de que no se puedan poner en contacto conmigo durante una emergencia, doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de la Escuela Superior a hospitalizar, proveer tratamiento adecuado y ordenar inyección, y/o anestesia y/o cirugía para la persona nombrada arriba.)

Daytime phone number (where to reach you in emergency)
(Teléfono diurno (donde llamarlo en caso de emergencia). _____)

Evening time phone number (where to reach you in emergency)
(Teléfono nocturno (donde llamarlo en caso de emergencia). _____)

Signature of parent or guardian _____ Date _____
(Firma del padre o encargado) (Fecha)

Relationship to student _____
(Parentesco con el estudiante)

*Emergency Permission Form may be reproduced to travel with respective teams and is acceptable for emergency treatment if needed.

(*El Formulario de Autorización de Emergencia puede ser reproducido para uso en viajes con equipos particulares y es aceptable para tratamiento de emergencia de ser necesario.)

I certify all the above information is correct _____
(Certifico que toda la información arriba es correcta) Parent/Guardian Signature
(Firma del Padre o Encargado)