

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION – ATHLETIC PERMIT CARD
Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin – Tarjeta Atlética de Permiso

NOMBRE (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección Actual _____ Teléfono _____
 Sitio de Trabajo de los Padres _____
 Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____
 Nombre del Seguro (Aseguranza) _____
 Número de Póliza y Dirección _____

1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA, a excepción de los restringidos en esta tarjeta
2. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
3. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN _____ Fecha _____

Preparticipation Physical Evaluation Evaluación Física de Pre-Participación
(Medical History to be Retained by Physician/Provider) (La Historia Médica quedará en manos del médico/proveedor)
PHYSICAL EXAMINATION / EXAMEN FISICO

NOMBRE (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____
 ESTATURA _____ PESO _____ %GRASA EN EL CUERPO (Opcional) _____ PULSO _____ PRESION SANGUINEA (BP) ____ / ____ (____ / ____ / ____)
 VISTA R 20 / ____ L 20 / ____ CORREGIDO: SI NO PUPILAS: IGUAL ____ DESIGUAL ____

	NORMAL	ANOMALIAS ENCONTRADAS	INICIALES*
MEDICAL/ MEDICO			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nodos Linfáticos			
Corazón			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (Mascullinos Solamente)			
Piel			
MUSCULOESKELETAL / ESQUELETO Y MUSCULOS			
Cuello			
Espalda			
Hombros / Brazos			
Codo / Antebrazo			
Muñeca / Mano			
Cadera / Muslo			
Rodillas			
Pierna / Tobillo			
Pie			

CLEARANCE / AUTORIZACIÓN *Examinación estacion-basada solamente

Autorizado Autorizado después de completada la evaluación/ rehabilitación para: _____

No Autorizado por: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico o Asistente Médico _____ Fecha: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Firma del Médico: _____ Dr./ o Enfermera: _____

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION – ATHLETIC PERMIT CARD
Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin – Tarjeta de Permiso Atlético

Emprima o escriba

1. La evaluación Médica hecha después del 1 de Abril es válida para los próximos DOS AÑOS ESCOLARES.
2. La evaluación Médica hecha antes del 1 de Abril es válida para el resto de este AÑO ESCOLAR y del próximo AÑO ESCOLAR.

NOMBRE (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____
 Grado _____ Edad _____ Sexo _____
 Escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

El estudiante arriba mencionado ha sido examinado y no hay contraindicaciones aparentes para participar en las actividades deportivas interescuelas exceptuando las siguientes:

Deportes o actividades de la escuela en las cuales este estudiante no puede participar son (si no hay ninguna – escriba NINGUNA) _____

FIRMA DEL MÉDICO CERTIFICADO* : _____ O ASISTENTE ENFERMERO: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Fecha del Examen _____

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPEN EN LAS ACTIVIDADES ATLÉTICAS DE INTERESCUELAS DEBEN TENER ESTA TARJETA EN UN ARCHIVO EN LA ESCUELA ANTES DE PARTICIPAR.

* Médicos pueden autorizar médicos de la enfermera o a ayudantes del médico a estampar esta tarjeta con la firma de médico o el nombre de la clínica con la cual el médico es afiliado.

Preparticipation Physical Evaluation Evaluación física antes de participar
(Medical History to be Retained by Physician/Provider) (La Historia Médica debe ser retenida por el Médico)

HISTORY (HISTORIA MÉDICA) **FECHA DEL EXAMEN** _____
 NOMBRE (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Grado _____ Edad _____ Sexo _____ Escuela _____ Deporte(s) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
 Médico Personal _____

Explique la(s) respuesta(s) contestadas como "SI" abajo. Encierre en un círculo las preguntas que usted no sabe la respuesta.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|------------------------------|
| <p>1. Usted ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo ó examen físico para deportes? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usted tiene una enfermedad actualmente o alguna enfermedad crónica?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Se ha tenido que quedar hospitalizado por una noche alguna vez?
 Lo han operado alguna vez?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Usted está tomando pastillas actualmente, usando inhaladores o tomando medicamentos recetados o no por el médico?
 Usted ha tomado alguna vez suplementos vitamínicos o vitaminas para ayudarlo a ganar peso o perder peso para mejorar su rendimiento?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Usted tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, medicinas, comida o a insectos)?
 Usted alguna vez le ha salido sarpullido mientras hace ejercicios o después?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. alguna vez se ha desmayado mientras hace ejercicios o después?
 Se ha mareado alguna vez mientras hace ejercicios o después?
 Ha tenido dolores en el pecho mientras hace ejercicios o después?
 Usted se cansa más rápido que sus amigos mientras hace ejercicios?
 Ha tenido alguna vez el corazón acelerado o ha sentido que se salta palpitaciones?
 Ha tenido alguna vez presión alta o colesterol alto?
 alguna vez le han dicho que usted tiene un murmullo en el corazón?
 Algún miembro de la familia o familiar ha muerto de problemas del corazón o ha tenido una muerte repentina antes de los cincuenta años?
 Ha tenido usted alguna infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?
 Algún médico le ha prohibido o le ha restringido la participación en deportes por problemas del corazón?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Usted tiene algún problema en la piel actualmente (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos, o yagas)? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Usted ha tenido alguna vez una herida o se ha dado un golpe fuerte en la cabeza?
 Usted alguna vez ha estado inconsciente o ha perdido la memoria?
 A usted alguna vez le han dado convulsiones?
 Usted tiene dolores de cabeza severos y frecuentes?
 Usted ha sentido alguna vez los brazos, manos, piernas o pies dormidos o con hormigueo?
 Usted alguna vez ha tenido algún nervio, presionado, que le quema o que siente como si lo estuvieran picando?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Usted se ha enfermado alguna vez por haber hecho ejercicios cuando hace mucho calor? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Usted tose, o tiene problemas para respirar mientras hace cualquier actividad o después de hacerla?
 Usted sufre de asma?
 Usted tiene alergias por la temporada que requieren de tratamiento médico?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>10. Usted usa alguna protección especial o equipo correctivo o aparatos que no son los utilizados usualmente en su deporte o en su posición (por ejemplo, una rodillera, una cuellera especial, aparatos ortopédicos en los pies, retenedores en los dientes, aparatos en los oídos)? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Ha tenido problemas con sus ojos o su vista?
 Usted usa lentes, contactos o protector de los ojos? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. Usted alguna vez ha tenido un esguince, torcedura, o inflamación después de una lesión?
 Usted se ha quebrado o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?
 Ha tenido usted algún otro problema con dolor o inflamación en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?
 SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si la respuesta es SI, marque la casilla apropiada y explique más abajo</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Codo</td> <td><input type="checkbox"/> Cadera</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Muslo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Muñeca</td> <td><input type="checkbox"/> Rodilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Mano</td> <td><input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Dedo</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parte de arriba del Brazo</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pie</td> </tr> </table> <p>13. Usted quisiera pesar más o menos de lo que pesa ahora? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usted pierde peso regularmente para cumplir con los requisitos de su deporte?
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. Usted se siente muy estresado? SI NO
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. Anote las fechas de sus vacunas más recientes para:
 Tétano _____ Sarampión _____
 Hepatitis B _____ Varicela _____</p> <p>MUJERES SOLAMENTE</p> <p>16. Cuando fue su primer periodo menstrual? _____
 Cuando fue su más reciente periodo menstrual? _____
 Cuánto tiempo pasa desde que comienza su periodo hasta que le viene el otro? _____
 Cuántos periodos ha tenido usted en el último año? _____
 Cuál fue el tiempo más largo entre periodos el año pasado? _____</p> <p>Explique aquí las respuesta(s) "SI"

 _____</p> | <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Cadera | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> Muslo | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> Dedo | <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> Parte de arriba del Brazo | | <input type="checkbox"/> Pie |
| <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Cadera | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> Muslo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Rodilla | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> Dedo | <input type="checkbox"/> Tobillo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parte de arriba del Brazo | | <input type="checkbox"/> Pie | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Por medio de la presente yo declaro que según mis conocimientos las respuestas a las preguntas de arriba son correctas y completas.

Firma del Atleta _____ Firma del Padre o Guardián _____ Fecha _____