

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD)
2019 - 2020 FORMA DE PARTICIPACIÓN

ESCUELA _____

Apellido, Nombre	Identificación del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Sexo	Deportes (Mencione todos los deportes en los que participara)
Dirección (No P.O. Boxes)		Ciudad		Código Postal	Teléfono de la casa
Nombre de la guardián	Empresa en la que labora	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Relación con el Estudiante	
Nombre de la guardián	Empresa en la que labora	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Relación con el Estudiante	
Contacto de emergencia (No padres)		Teléfono celular	Teléfono de la casa	Relación con el Estudiante	

Tienes seguro medical privado, Medicaid, o CHIP? Si No Si es sí, especifique tipo o compañía _____

Esta forma debe de estar en el archivo antes de participar en cualquier practica, actuación, juego de practica o competicion, antes, durante o despues de escuela incluyendo periodo atletico

<p>1. ¿Has tenido alguna enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Has tenido un examen del corazón ordenado por un medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Que edad? _____</p> <p> ¿Que fue el diagnóstico? _____</p> <p> ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilato cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de largo QT, or otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión? _____</p> <p> ¿Qué tan grave fue cada una? (explicalo abajo)</p> <p> ¿Has tenido alguna vez un ataque? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Tienes jaquecas frecuentes o graves? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Te has mareado durante o después algun ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Has sido diagnosticado de asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Tienes un inhalador recetado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbra para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Has tenido algun otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algun articulacion? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Mano</td> <td><input type="checkbox"/> Pierna</td> <td><input type="checkbox"/> Pies</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Codo</td> <td><input type="checkbox"/> Dedo</td> <td><input type="checkbox"/> Rodilla</td> <td><input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Suprabrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Muñeca</td> <td><input type="checkbox"/> Cadera</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillo</td> <td></td> </tr> </table> <p>16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Te sientes estresado/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>18. ¿Has sido alguna vez diagnosticado o sido tratado de rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes inmune, desórdenes sangrantes, etcétera.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>SOLO HOMBRES:</p> <p>20. ¿Tienes menos de dos testículos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. ¿Tienes hinchazón testicular o masas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>SOLO MUJERES:</p> <p>22. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual? _____</p> <p> ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____</p> <p> ¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una menstruacion al principio del siguiente? _____</p> <p> ¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año? _____</p> <p> ¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año? _____</p> <p> Uno individuo que responda afirmativamente a cualquier pregunta relacionada con un posible problema de salud cardiovascular, (pregunta tres) como se identifica en el formulario debe restringirse de una mayor participación hasta que el individuo sea examinado y autorizado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera practicante.</p> <p> Explique Sus Respuestas _____</p>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Pies	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Tobillo	
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Pies														
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla														
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Tobillo															

Se entiende que aún que el atleta use el equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue habiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesión. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento medico inmediato a causa de un accidente ó enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier médico, entrenador atlético, enfermera, hospital, ó representante de la escuela. Estoy de acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela ó a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. Si entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, ó en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad ó accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesión.

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son completas y correcto. El fracaso de proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.

Firma del Estudiante: _____ **Firma del Padre/ Madre/Custodio:** _____ **Fecha:** _____

This Medical History Form was reviewed by:	
Doctor: _____ Signature	School Official: _____ Signature

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ Pulse _____

BP	/	/	/
----	---	---	---

brachial blood pressure while sitting

% Body fat (optional) _____

Vision R 20/_____ L 20/_____ Corrected: Y N Pupils: Equal _____ Unequal _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

Austin ISD requires that each athlete have an annual physical dated after April 15, 2019

CLEARANCE

Cleared; Recommendations: _____

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not cleared for: _____

Reason: _____

<p>The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.</p>	
Name (print/type) _____	Date of Examination: _____
Address: _____	Phone: _____
Signature: _____	SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM

****SOLO ATLÉTICOS****

austinisd.rankonesport.com

El departamento de deportes del Austin ISD está cambiando a formas en línea. Usted debe completar todas las formas y tramites en línea, con la excepción del historial médico y el examen físico. Las dos formas en línea y el examen físico deben completarse antes de que su estudiante pueda participar en cualquier práctica o juego, incluido el período atlético.

Los formas en línea deben completarse por el padre/tutor y el estudiante atleta simultáneamente.

INSTRUCCIONES:

- Ir a austinisd.rankonesport.com o escanear el código QR a conti
- Ingrese el número de identificación y el nombre de su estudiante tal como aparece en su boleta de calificaciones
- Hay dos formas electrónicos separados para completar: información de contacto y página de firmas
- Lea, complete, y firme electrónicamente las dos formas
- Imprima una copia de las formas solo para sus registros, si lo desea. No envíe copias impresas de materiales en línea
- Complete el examen físico con su médico y regrese con el historial médico y la página física, y la carta de emergencia abajo, al funcionario escolar designado



Name _____

PLEASE PRINT

Austin Independent School District
EMERGENCY STUDENT INFORMATION CARD

Sport(s)

Austin ISD policy requires the completion of this permit for participation in athletics.

1. _____

If, in the judgment of any representative of the school, the above student needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said student by any physician, athletic trainer, nurse, hospital, or school representative; and I do hereby agree to indemnify and save harmless the school district and any school representative from any claim by any person whatsoever on account of such care and treatment of said student.

2. _____

3. _____

Parent Signature _____ Date _____

Name (Last, First) _____ Grade _____ StudentID# _____

School Attending _____ Home Phone _____

Home Address _____ City _____ Zip _____

Parent/Guardian(s) Name _____

Work _____ Cell _____ Email _____

Parent's Insurance Co. _____ Preferred Hospital _____

Family Physician: _____ Office Phone _____

