

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 , 5 y 6 por el estudiante y el padre / tutor; y la Sección 7 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 8 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Revisado: 27 de abril de 20 21 Aprobado por DBO**

## 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. Tómate 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 5: RECONOCIMIENTO, RENUNCIA Y LIBERACIÓN SUPLEMENTARIOS: COVID-19

La pandemia de COVID-19 presenta a los atletas una gran cantidad de desafíos relacionados con esta enfermedad altamente contagiosa. Se han informado algunos resultados graves en niños, e incluso un niño con un caso leve o incluso asintomático de COVID-19 puede transmitir la infección a otras personas que pueden ser mucho más vulnerables.

Si bien no es posible eliminar todo el riesgo de infectarse con COVID-19 o promover la propagación de COVID-19, la PIAA ha instado a todas las escuelas miembros a tomar las precauciones necesarias y cumplir con las pautas de los gobiernos federal, estatal y local, el CDC y los Departamentos de Salud y Educación de Pensilvania para reducir los riesgos para los atletas, entrenadores y sus familias. Como el conocimiento sobre COVID-19 cambia constantemente, PIAA se reserva el derecho de ajustar e implementar métodos de precaución según sea necesario para disminuir el riesgo de exposición de los atletas, entrenadores y otras personas involucradas. Además, cada escuela debe adoptar protocolos internos para reducir el riesgo de transmisión.

Los abajo firmantes reconocen que son conscientes de la naturaleza altamente conflictiva de COVID-19 y los riesgos de que puedan estar expuestos o contraer COVID-19 u otras enfermedades transmisibles al permitir que el estudiante abajo firmante participe en atletismo interescolar. Entendemos y reconocemos que dicha exposición o infección puede resultar en una enfermedad grave, lesiones personales, discapacidad permanente o la muerte. Reconocemos que este riesgo puede resultar de o agravarse por las acciones, omisiones o negligencia de otros. Los abajo firmantes reconocen además que ciertas personas vulnerables pueden tener mayores riesgos de salud asociados con la exposición al COVID-19, incluidas las personas con afecciones de salud subyacentes graves como, entre otras: presión arterial alta, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, asma, y aquellos cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos por la quimioterapia para el cáncer y otras afecciones que requieren dicha terapia. Si bien las recomendaciones particulares y la disciplina personal pueden reducir los riesgos asociados con la participación en atletismo durante la etapa COVID-19, estos riesgos existen. Además, las personas con COVID-19 pueden transmitir la enfermedad a otras personas que pueden tener un mayor riesgo de complicaciones graves.

Al firmar esta forma, el abajo firmante reconoce, después de haberse comprometido a revisar y comprender tanto los síntomas como las posibles consecuencias de la infección, que entendemos que la participación en atletismo interescolar durante la pandemia de COVID-19 es estrictamente voluntaria y que aceptamos que el estudiante puede participar en este tipo de atletismo pandemia interescolar. El abajo firmante también entiende que los estudiantes participantes, en el transcurso de la competencia, interactuarán y probablemente tendrán contacto con atletas de su propia escuela, así como de otras escuelas, incluidas las escuelas de otras áreas del Commonwealth. Además, entienden y reconocen que nuestra escuela, PIAA y sus escuelas miembros no pueden garantizar que no se produzca transmisión para aquellos que participan en deportes interescolares.

A PESARE DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON COVID-19, RECONOCEMOS QUE VOLUNTARIAMENTE ESTAMOS PERMITIENDO QUE LOS ESTUDIANTE PARTICIPEN EN ATLETISMO INTERCOLÁSTICO CON CONOCIMIENTO DEL PELIGRO INVOLUCRADO. POR LA PRESENTE ACEPTAMOS ACEPTAR Y ASUMIR TODOS LOS RIESGOS DE LESION PERSONAL, ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD Y / O MUERTE RELACIONADOS CON COVID-19, DERIVADOS DE DICHA PARTICIPACIÓN, YA SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE PIAA O DE OTRA MANERA.

Por la presente renunciamos y liberamos expresamente todas y cada una de las reclamaciones, ahora conocidas o conocidas en el futuro, contra la escuela del estudiante, PIAA, y sus funcionarios, directores, empleados, gentes, miembros, sucesores y cesionarios (colectivamente, "**Liberados**"), debido a una lesión, enfermedad, discapacidad, muerte o daño a la propiedad que surja de o sea atribuible a la participación del Estudiante en atletismo interescolar y que esté expuesto o contraiga COVID-19, ya sea que surja de la negligencia de PIAA o cualquier Liberado o de lo contrario. Nos comprometemos a no hacer ni presentar ningún reclamo de este tipo contra PIAA o cualquier otro exoneradas y exoneramos para siempre a PIAA y todos los demás Liberados de responsabilidad en virtud de dicho redamos.

Además, defenderemos, indemnizaremos y exoneraremos de responsabilidad a la escuela del estudiante, a la PIAA y a todos los demás liberados contra cualquier pérdida, daño, responsabilidad, deficiencia, reclamación, acciones, sentencias, acuerdos, intereses, premios, empates, multas, costos o gastos de cualquier tipo, incluidos honorarios de abogados, honorarios y los costos de hacer cumplir cualquier derecho a indemnización y el costo de perseguir a cualquier proveedor de seguros, incurridos / adjudicados contra la escuela del estudiante, PIAA o cualquier otra concesión en un juicio final que surja o resulte de cualquier reclamo de, o en nombre de, cualquiera de nosotros en relación con COVID-19.

Estamos de acuerdo en cumplir con las pautas establecidas por la escuela del estudiante y PIAA para limitar la exposición y propagación de COVID-19 y otras enfermedades transmisibles. Certificamos que el estudiante está, a nuestro leal saber y entender, en buenas condiciones físicas y permite la participación en este deporte bajo nuestro propio riesgo. Al firmar este Suplemento, reconocemos que hemos recibido y revisado el plan deportivo escolar del estudiante.

Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Revisado: 27 de abril de 20 21 Aprobado por DBO**

## Sección 6: 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"/> | 24. ¿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"/> | 25. ¿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"/> | 26. ¿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"/> | 27. ¿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"/> | 28. ¿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"/> | 29. ¿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"/> | 30. ¿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"/> | 31. ¿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"/> | 32. ¿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"/> |
| 10. Alta presión sanguínea                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. ¿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"/> | 34. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección del corazón                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. ¿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"/> |
| 11. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. ¿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"/> |
| 14. ¿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"/> | 40. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. ¿No estás contenta(o) con tu peso?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿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"/> | 44. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿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"/> | 46. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cabeza      Cuello      Hombro      Brazo      Codo      Mano / Dedos      Pecho                                                                                                                                                                                                         |                          |                          | 47. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Superior de la espalda      Espalda baja      Cadera      Muslo      Rodilla      Pantorrilla/espinilla      Tobillo      Pie                                                                                                                                                            |                          |                          | Solo Mujeres                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. Ha tenido alguna vez un periodo menstrual                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. Qué edad tenía cuando tuvo su primera periodo                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. Cuantos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          | 51. Estas embarazada?                                                                                                                        | <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** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Revisado: 27 de abril de 20 21 Aprobado por DBO**