

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TAHOE TRUCKEE**

**Autorización para la participación deportiva**

Esta evaluación es solo para determinar la preparación para la participación en los deportes. No debe ser utilizado para reemplazar las evaluaciones de mantenimiento.

Este formulario debe estar completo con la forma de padre / madre / tutor del estudiante antes de que se pueda completar la evaluación deportiva.

**Información personal:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre:  
Teléfono de la casa:  
Celular:  
Trabajo:

Nombre del Padre:  
Teléfono de la casa:  
Celular:  
Trabajo:

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Nro de socio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorización de los padres para tratamiento médico de un menor de edad**

En caso de accidente en la escuela o en un evento patrocinado por la escuela, un representante de la escuela tiene permiso de llevar a mi hijo/a para que sea tratado por un médico si no me pueden ubicar a mí:

Marque uno:                      SI                       NO

Esta autorización tendrá validez hasta el 30 de junio de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / madre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FORMA D -- Health Practitioner, please refer to the letter & references provided on Form C.  
NIAA PRE-EVALUACIÓN FÍSICA PARA LA PARTICIPACIÓN**

(Se completará durante el primer y tercer año de participación)

**EVALUACIÓN FÍSICA**

**FECHA DE LA EVALUACIÓN:**

NOMBRE:      FECHA DE NACIMIENTO:

ALTURA:      PESO:      % DE GRASA CORPORAL (opcional):      PULSO:      BP: \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_)

VISIÓN: R 20/    L 20/    CORRECTED: Y / N PUPILS: Equal    Unequal

<u><b>ÍMEDICO</b></u>	<b>NORMAL /AUSENTE</b>	<b>ABNORMAL</b>	<b>EXPLICAR</b>	<b>INICIALES</b>
specto				
jos / Nariz /Garganta				
anglios linfáticos				
ulmones				
bdomen				
enitales (sólo hombres)				
iel				
<u><b>ARDIOVASCULAR</b></u>				
oplo que aumenta de posición supina a star parado				
oplo cardíaco sistólico mayor a II/VI				
oplo diastólico				
ulso radial y femoral				
<u><b>MUSCULOESQUELÉTICO</b></u>				
uello				
spalda				
ombro / Brazo				
odo / Antebrazo				
luñeca / Mano				
adera / Muslo				
odilla				
ierna / Tobillo				
ie				
índrome Stigmata of Marfan				

**AUTORIZACIÓN:**

Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para:

**¿ ESTÁ AUTORIZADO PARA:**

**RAZÓN:**

recomendaciones:

**Nombre del médico:**

**Teléfono:**

**Domicilio:**

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Yo, \_\_\_\_\_ por medio de la presente certifico que soy un \_\_\_\_\_, capacitado y certificado para realizar NIAA Evaluaciones de Pre-Participación, y que en la fecha que se establece a continuación realicé todos los aspectos del NIAA Pre-Evaluación de Participación en el estudiante mencionado arriba. Este estudiante reúne todos los requisitos del examen físico para la participación en deportes NIAA.

Firma del Médico

Número de Licencia

Teléfono de la oficina

Fecha

**FORMA B – FORMULARIO DE HISTORIA DE  
PRE- PARTICIPACIÓN NIAA**

**HISTORIA:** **FECHA DEL EXAMEN:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NAC:** \_\_\_\_\_  
**GRADO:** \_\_\_\_\_ **ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **DEPORTE(S):** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_  
**MÉDICO PERSONAL:** \_\_\_\_\_  
**EN CASE DE EMERGENCIA LLAMAR A:** \_\_\_\_\_  
**RELACIÓN:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **TEL DEL TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR EXPLIQUE LAS RESPUESTAS QUE CONTESTE CON “SÍ”  
MARQUE CON UN CÍRCULO LAS PREGUNTAS  
QUE NO SABE LAS RESPUESTAS**

*SÍ NO*

- 1 – ¿Tiene alguna enfermedad / condición crónica (asma, diabetes, alta presión sanguínea, etc.)?
- 2 – ¿Ha sido alguna vez hospitalizado durante toda la noche?
- 3 – ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento con o sin receta médica (over-the-counter) algún tipo de píldora o inhalador?
- 4 – ¿Tiene usted algún tipo de alergia (Ej. – al polen, medicina, alimentos, o picadura de insectos)?
- 5 –
  - a. ¿Ha estado mareado o se ha desmayado mientras hacia ejercicio?
  - b. ¿Ha tenido dolores (o presión) en el pecho mientras hacia ejercicio?
  - c. ¿Ha tenido una falta de aliento o fatiga excesiva mientras hacia ejercicio?
  - d. ¿Existen casos en su familia de muerte prematura o muerte debido a una enfermedad cardiovascular en un pariente menor a los 50 años de edad?
  - e. ¿Existen casos en su familia de hypertropic cardiomyopathy, dilated cardiomyopathy long QT síndrome o Marfan’s síndrome?
  - f. ¿Le ha negado su medico la participación en deportes debido a problemas de corazón?
- 6 – ¿Tiene actualmente problemas en la piel (Ej. – picazón, sarpullidos, acné, verruga, hongo o ampolla)?
- 7-
  - a. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?
  - b. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento, ha estado inconciente, o perdido la memoria?
  - c. ¿Ha tenido alguna vez un ataque de epilepsia?
  - d. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?
  - e. ¿Se le ha entumecido o ha tenido un cosquilleo en sus brazos, piernas o pies?
- 8 - ¿Se ha enfermado / descompuesto por hacer ejercicio en un día de mucho calor?
- 9 - ¿Tose, estornuda, o tiene dificultades al respirar durante o después de hacer ejercicio / actividad?

**Reverso>**

**YES NO**

- 10- a. ¿Utiliza usted alguna protección especial o equipo correctivo que no son comunes para este deporte o puesto en el juego (Ej. – rodilleras, protección de cuello, ortopedia para los pies, retenedor bucal, audífonos)?
- b. ¿Le falta un ojo, riñon, testículo u ovario?
11. a. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?
- b. ¿Utiliza usted lentes, lentes de contacto o algún tipo de protección de ojos?
12. a. ¿Ha tenido usted problemas con Dolores o hinchazón de los músculos, tendones, huesos, o articulaciones?
- b. Si respondió "sí", por favor marque el que corresponda y explique.

Cabeza Codo Cadera  
Cuello Antebrazo Muslo  
Espalda Muñeca Rodilla  
Pecho Mano Canilla/Pantorrilla  
Hombro Dedo(s) Tobillo  
Parte superior del brazo Pie Dedo(s) del pie

13. ¿Está activamente tratando de aumentar o perder de peso?
14. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre el stress, enojo, depresión u otros problemas?
15. Escriba la fecha y las vacunas más recientes:

Tétano Sarampión

Hepatitis B Varicela

**SÓLO PARA MUJERES**

16. ¿Cuándo fue si primera menstruación?
- ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?
- ¿Cuánto tiempo entre menstruaciones?
- ¿Cuántas menstruaciones tuvo el año pasado?
- ¿Cuál fue el periodo más largo entre menstruaciones en el último año?

**EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SÍ":**

**Por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.**

Firma del Atleta

Fecha

Firma del padre / madre / tutor

Fecha

Aprobado: Febrero del 2000