

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ M F (Circule Uno)

Escuela: (Circule Uno) EDHS GWHS MWHS RHS Grado: (Circule Uno) 9 10 11 12

¿Eres un estudiante de escuela secundaria con traslado? No / Sí (círculo uno)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Otra Persona: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Es alérgico a medicinas? No / Si

Nombre del medicamento(s) \_\_\_\_\_

(Por favor indique cualquier medicina recetada que su niño/niña está tomando actualmente)

**ATLETAS – AVISO DE RIESGO**

**DAÑOS GRAVES, CATASTROFICOS Y HASTA FATALES PUEDEN RESULTAR DE LA PARTICIPACION ATLETICA.** Por lo natural, las competencias atléticas pueden poner a los estudiantes en situaciones en las cuales ACCIDENTES GRAVES, CATASTROFICOS y hasta FATALES pueden ocurrir. Los estudiantes y padres deben de evaluar los riesgos que incluyen en dicha participación y hacer su decisión para participar a pesar de estos riesgos. Ninguna cantidad de instrucción, precaución o supervisión eliminará totalmente el riesgo de lastimaduras. Así como conducir incluye estar en riesgo; la participación atlética de los estudiantes también puede ser peligrosa. La obligación de los padres y estudiantes en hacer esta decisión para participar no puede ser porque han sido insistidos demasiado. Ha habido accidentes resultando en muerte, parálisis o impedimentos físicos permanentes graves como un resultado de competencia atlética. Al dar permiso para que su estudiante participe en competencia atlética, usted, como **un padre o guardián**, está informado de que dicho riesgo existe. Al escoger participar, tú, **el estudiante**, sabes que dicho riesgo existe.

**Paro Cardíaco Repentino (SCA)** – Yo he recibido y revisado la información acerca de SCA. Entiendo que un estudiante experimentando cualquier signo de alerta de SCA será retirado del juego y no se le permitirá regresar al deporte hasta que reciba autorización médica de un médico licenciado.

**Conmoción cerebral/lesión en la cabeza** – Yo he recibido y revisado la información acerca de la conmoción cerebral y lesiones en la cabeza. Yo entiendo que un estudiante sospechoso de sufrir una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral se retira del juego y no será permitido regresar a este deporte hasta que lo autorice un proveedor de cuidado de la salud capacitado en el manejo del traumatismo craneoencefálico y conmoción cerebral.

**Permiso** - Por lo presente, yo doy mi consentimiento para que estudiante mencionado anteriormente compita en deportes. Yo autorizo para que el estudiante vaya y sea supervisado por un representante de la escuela en cualquier viaje atlético. En caso de que el estudiante se enferme o se lastime, yo autorizo a un representante de la escuela para que el estudiante sea atendido y yo autorizo a la agencia médica para que le dé el tratamiento.

**Prueba de seguro**– Cada atleta **debe tener** seguro para cubrir posibles lastimaduras. No se necesita comprar seguro si usted tiene seguro privado de por lo menos \$1,500 por daños por accidente. Si usted no tiene su propia póliza, usted puede comprar un seguro de una agencia de seguros no relacionados con la escuela.

**Nombre de la Compañía de Seguro** \_\_\_\_\_ **Póliza #** \_\_\_\_\_

**Código de conducta y éticas**- Yo estoy de acuerdo en sujetarme por el Código de Éticas del VUSD/Código de Actividad del Estudiante VUSD/Código de Éticas CIF/VUSD No discriminación/Acoso AR5145.3

**Examen de drogas** – Yo estoy de acuerdo con los términos de participación en el Programa de Examen de Drogas y prometo no usar esteroides androgénicos/anabólicos y suplementos dietéticos rotulados por la Agencia Anti-Drogas de U.S. y la sustancia sinefrina, a menos que haya una receta escrita de un doctor licenciado del cuidado de salud para tratamiento de una condición médica.

*Mi firma abajo indica que ha leído y acepto todos los términos y condiciones establecidas en el Manual Atlético de VUSD y el paquete de autorización y que toda la información que he/hemos brindado es verdadera y correcta. Entiendo que proveer información falsa puede afectar mi elegibilidad atlética.*

\_\_\_\_\_  
**Firma Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma Estudiante-Atleta**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Uso de la oficina:**

\_\_\_\_\_  
**Físico** - Forma de físico completado y firmado por un médico.

\_\_\_\_\_  
**Oficial de la escuela: Permiso para Competición Atlética** **Fecha**

**Distrito Escolar Unificado de Visalia**  
**Historia de Salud de Pre-participación Atlética – Página 1**

*Esta Historia de Salud debe de ser completada por el Estudiante, por los Padres/Guardianes del Estudiante.....*

Nombre del Estudiante _____	Sexo _____	Fecha de Nacimiento _____
ID # _____	Grado _____	Escuela _____ Deporte _____
Domicilio _____		Teléfono _____
En Caso de Emergencia _____		Teléfono _____
Doctor _____		Teléfono _____

<i>Por favor explique las respuestas Si en el espacio a continuación en la página 2</i>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Ha tenido una enfermedad o herida desde su último chequeo o físico para deportes?		
2. Usted tiene una enfermedad continua o crónica?		
3. Ha estado usted hospitalizado por una noche o alguna vez ha tenido cirugía?		
4. Se siente usted presionado?		
5. Está usted tomando medicinas?		
6. Toma usted algún suplemento para perder peso o para mejorar su condición física?		
7. Tiene usted alergias, por ejemplo a medicinas, abejas, comida?		
8. Alguna vez ha desarrollado ronchas/salpullido durante ejercicios?		
9. Alguna vez se ha desmayado o se ha mareado durante ejercicios?		
10. Ha usted tenido dolor en el pecho durante ejercicios?		
11. Usted se cansa mas que sus amigos durante ejercicios?		
12. Ha tenido usted latidos rápidos o lentos del corazón?		
13. Alguna vez ha tenido presión alta de la sangre o colesterol alto?		
14. Alguna vez ha tenido un soplo en el corazón?		
15. Algún miembro de la familia o pariente murió por problemas en el corazón o una muerte repentina del corazón antes de la edad de 50?		
16. Ha tenido alguna vez una infección viral, por ejemplo: mononucleosis o miocarditis?		
17. Ha estado usted restringido de participar en deportes?		
18. Tiene problemas de la piel?		
19. Ha tenido alguna herida en la cabeza o golpe?		
20. Ha sido golpeado, quedado inconsciente o ha perdido la memoria?		
21. Ha tenido ataques?		
22. Tiene frecuentes o severos dolores de cabeza?		
23. Se le han entumido o le han hormigueado alguna vez los brazos, piernas, manos o pies?		
24. Ha tenido un nervio que le arde, le quema o le duele?		
25. Se ha enfermado de ejercitar en el sol?		
26. Usted tose, tiene ronquido o problemas para respirar durante o después de una actividad?		
27. Tiene Asma?		
28. Tiene alergias de estación?		
<b>Historia de Salud de Preparticipación Atlética – Continúa – Página 2</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>

<b>Nombre del Estudiante</b> _____		
<b>Fecha de Nacimiento</b> _____		
29. Tiene usted aparatos o equipo protector o correctivo ( por ejemplo: freno de la rodilla, rollo para el cuello, pies ortopédico, retenedor, ayuda para oír)?		
30. Ha tenido alguna vez problemas con los ojos o la visión?		
31. Usa lentes, contactos o accesorios protectivos para los ojos?		
32. Ha tenido alguna vez una torcedura, o inflamación después de una herida?		
33. Se ha quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna coyuntura? Si es si, explique que parte de su cuerpo _____		
34. Usted quiere pesar mas o menos de lo que pesa ahora?		
<b><u>Importante: Explique cualquier Respuesta “ Si” aquí por favor</u></b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

**Para el Género Femenino Solamente**

35. Cuando fue su primer período menstrual? \_\_\_\_\_
36. Cuando fue su mas reciente período menstrual? \_\_\_\_\_
37. Cuando tiempo usualmente tiene del comienzo de un período al comienzo del siguiente?  
\_\_\_\_\_
38. Cuantos períodos tuvo el año pasado? \_\_\_\_\_
39. Cual fue el tiempo mas largo entre períodos el año pasado? \_\_\_\_\_

**Mes y Año de Vacunas Recibidas en los últimos diez años:**

**Tetáno** \_\_\_\_\_ **Rubiola** \_\_\_\_\_ **Hepatitis B** \_\_\_\_\_ **Varicela** \_\_\_\_\_

**Otro** \_\_\_\_\_

<p><b>Yo declaro que, a lo que mejor de mi conocimiento, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Yo también proveo permiso para que mi niño/niña participe en el Examen Físico de Atletismo en la escuela.</b></p> <p><b>Escribir Nombre del Padre/Guardián Legal</b> _____</p> <p><b>Firma del Padre/Guardián Legal</b> _____ <b>Fecha</b> _____</p>
--

**VISALIA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**\*HIGH SCHOOL SPORTS PHYSICAL (To be completed by the parent)**

NAME: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_ CURRENT GRADE \_\_\_\_\_

I hereby give consent to the Visalia Unified School District to receive any information concerning my child's health, including via fax from or send to Dr. \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

.....  
*(To be completed by the physician)*

HEIGHT \_\_\_\_\_ WEIGHT \_\_\_\_\_ BLOOD PRESSURE \_\_\_\_\_ LAST Tdap/TETANUS \_\_\_\_\_

Given today:(Date) \_\_\_\_\_ Tdap \_\_\_\_\_ MMR \_\_\_\_\_

Hep B \_\_\_\_\_ Hep A \_\_\_\_\_

Normal	Evaluation	Abnormal	Comments
	VISION		
	EYES		
	EARS		
	MOUTH/TEETH		
	NOSE/THROAT/NECK		
	SKIN		
	HEART		
	LUNGS		
	ABDOMEN/VISCERA		
	BACK		
	EXTREMITIES/REFLEXES		
	TESTICULAR SCREENING (MALES ONLY)		

<p><b>CLEARED..... may compete in:</b></p> <p>___ ALL SPORTS</p> <p>___ CONTACT SPORTS</p> <p>___ NON-CONTACT SPORTS</p> <p>___ OTHER</p> <p>Comments: _____</p> <p>_____</p> <p>Medical Provider Signature: _____</p> <p style="text-align: center;">MD, DO, NP, or PA only</p> <p>Printed Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Phone number: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p><b>NOT CLEARED...until the following are completed:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medical Provider Signature: _____</p> <p style="text-align: center;">MD, DO, NP or PA only</p> <p>Printed Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Phone number: _____</p> <p>Date: _____</p>
---	--

**AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION DISQUALIFYING CONDITIONS FOR SPORT PARTICIPATION**

CONDITIONS	COLLISION	CONTACT	NON CONTACT	OTHER
GENERAL: Acute Infection: Respiratory, genitourinary, infectious mononucleosis, hepatitis, active rheumatic fever, active tuberculosis.	X	X	X	X
Obvious physical immaturity in comparison with other competitors	X	X		
Hemorrhagic Disease: Hemophilia, purpura and other serious bleeding tendencies	X	X	X	
Diabetes: Inadequately controlled	X	X	X	X
Diabetes: Controlled				
Jaundice	X	X	X	X
EYES: Absence or loss of function of one eye	X	X		
RESPIRATORY: Tuberculosis (active or symptomatic)	X	X	X	X
Severe pulmonary insufficiency	X	X	X	X
CARDIOVASCULAR: Mitral stenosis, aortic stenosis, aortic insufficiency, coarctating of aorta, cyanotic heart disease, recent carditis or any etiology	X	X	X	X
Hypertension on organic basis	X	X	X	X
Previous heart surgery for congenital or acquired heart disease*				
LIVER: Enlarged spleen	X	X		
SKIN: Boils, impetigo and herpes simplex gladiatorum	X	X		
SPLEEN: Enlarged spleen	X	X	X	
HERNIA: Inguinal or femoral hernia	X	X	X	
MUSCULOSKELETAL: Symptomatic abnormalities or inflammations	X	X	X	X
Functional inadequacy of the musculoskeletal system, congenital or acquired, incompatible with the contact or skill demands of the sport	X	X	X	
NEUROLOGICAL: History of symptoms of previous serious head trauma or repeated concussions	X			
Controlled convulsive disorder #				
Convulsive disorder not moderately well controlled by medication	X			
Previous surgery on head	X	X		
RENAL: Absence of one kidney	X	X		
Renal disease	X	X	X	X
GENITALIA: Absence of one testicle/Undescended testicle				

COLLISION: Football, Rugby, Hockey, Lacrosse, etc  
 CONTACT: Baseball, Soccer, Basketball, Wrestling, Water Polo, etc.  
 NON-CONTACT: Cross Country, Track, Tennis, Crew, Swimming, etc  
 OTHER: Bowling, Golf, Field Events, Archery, etc.

\*Each patient should be judged on an individual basis in conjunction with this cardiologist and operating surgeon.

\*\* Each person should be judged on a individual basis. All things being equal, it is probably to encourage a young boy or girl to participate in a non-contact sport rather than a contact sport. However, if a particular patient has a great desire to play a contact sport, and this is deemed a major ameliorating factor in his/her adjustment to school, associates and the seizure disorder, serious consideration should be given to letting him/her participate if the seizures are moderately well controlled or that the athlete is under good medical management.

\*\*\* The Committee approves the concept of contact sports participation for youths with only one testicle or with an undescended testicle (s), except in specific cases such as an inguinal canal undescended testicle (s) following appropriate medical evaluation to rule out unusual injury risk. However, the athlete’s parents and school authorities should be fully informed that participation in contact sports for such youths with only one testicle does carry a slight injury risk to the remaining healthy testicle. Following such an injury, fertility may be adversely affected. But the chances of an injury to a descended testicle are rare, and the injury risk can be further substantially minimized with an athletic supporter and protective device.