

**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 interesuelas 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 ATLETICAS 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.**

	SI	NO		SI	NO
1. Usted ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo ó examen físico para deportes? Usted tiene una enfermedad actualmente o alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se ha tenido que quedar hospitalizado por una noche alguna vez? Lo han operado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ha tenido problemas con sus ojos o su vista? Usted usa lentes, contactos o protector de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	Ha tenido usted algún otro problema con dolor o inflamación en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<i>Si la respuesta es SI, marque la casilla apropiada y explique más abajo</i>		
6. Usted tiene algún problema en la piel actualmente (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos, o yagas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
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"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
8. Usted se ha enfermado alguna vez por haber hecho ejercicios cuando hace mucho calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
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"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Canilla / Pantorrilla
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte de arriba del Brazo		<input type="checkbox"/> Pie
			13. Usted quisiera pesar más o menos de lo que pesa ahora? Usted pierde peso regularmente para cumplir con los requisitos de su deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			14. Usted se siente muy estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			15. Anote las fechas de sus vacunas más recientes para: Tétano _____ Sarampión _____ Hepatitis B _____ Varicela _____		
			<b>MUJERES SOLAMENTE</b>		
			16. Cuándo fue su primer periodo menstrual? _____ Cuándo 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? _____		
			<b>Explique aquí las respuesta(s) "SI"</b>		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		

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 \_\_\_\_\_

**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 SANGUÍNEA (BP) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  
 VISTA R 20 / \_\_\_\_\_ L 20 / \_\_\_\_\_ CORREGIDO: SI NO PUPILAS: IGUAL \_\_\_\_\_ DESIGUAL \_\_\_\_\_

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

**CLEARANCE / AUTORIZACIÓN**

\*Examinación estacio'n-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: \_\_\_\_\_