

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 completen 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 interestrescolares, Partidos Amistosos y / o Concursos en deporte subsecuiente(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 _____ y un residente del distrito en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela _____ 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'	
Fútbol Americano		Equipo de espíritu competitivo		Lacrosse Chicas'	
Golf		Chicas' Gimnasia		Lacrosse	
Fútbol		Rifle		Softbol	
Chicas'		Natación y Buceo		Niños'	
Tenis		Pista y campo (Interior)		Tenis	
Chicas'		Lucha		Pista y campo (Exterior)	
Vóleibol		Otro		Niños'	
Agua Polo				Vóleibol	
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 interestrescolares, 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, 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 interestrescolares 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 interestrescolar.

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 aturdido
- 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 osteopática (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 interestrescolares.
- **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. Tómalo 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 interestrescolares, 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 interestrescolares, incluidos los riesgos asociados con seguir compitiendo después de una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática.

Firma del padre / guardian _____ Fecha ____ / ____ / ____

Revisado: 27 de abril de 20 21 Aprobado por DBO

SECCIÓN 4: COMPRENSIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UN PARO CARDÍACO REPENTINO

¿Qué es un paro cardíaco repentino? El paro cardíaco repentino (SCA) ocurre cuando el corazón deja de latir repentinamente. Cuando esto sucede, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y otros órganos vitales. El SCA NO es un ataque cardíaco. Un ataque cardíaco puede causar SCA, pero no es lo mismo. Un ataque cardíaco es causado por un bloqueo que detiene el flujo de sangre al corazón. El SCA es un mal funcionamiento del sistema eléctrico del corazón que hace que el corazón deje de latir repentinamente.

¿Qué tan común es el paro cardíaco repentino en los Estados Unidos? Hay alrededor de 350,000 paros cardíacos que ocurren fuera de los hospitales cada año. Más de 10,000 personas menores de 25 años mueren de SCA cada año. SCA es el asesino número uno de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los campus escolares.

¿Hay señales de advertencia?

Aunque el paro cardíaco repentino ocurre inesperadamente, algunas personas pueden presentar signos o síntomas, como

- Mareos o aturdimiento al hacer ejercicio;
- Desmayo o desmayo durante o después de hacer ejercicio;
- Falta de aire o dificultad para respirar con el ejercicio, que no esté relacionado con el asma;
- Latidos acelerados, saltados o palpitaciones (palpitaciones)

Estos síntomas pueden ser poco claros y confusos en los deportistas. Algunos pueden ignorar los signos o pensar que son resultados normales del agotamiento físico. Si se diagnostican y tratan las afecciones que causan el PCS antes de un evento potencialmente mortal, la muerte súbita cardíaca se puede prevenir en muchos jóvenes atletas.

¿Cuáles son los riesgos de practicar o jugar después de experimentar estos síntomas?

Existen riesgos significativos asociados con continuar practicando o jugando después de experimentar estos síntomas. Los síntomas pueden significar que algo mal y el atleta debe ser revisado antes de volver a jugar. Cuando el corazón se detiene debido a un paro cardíaco, también lo hace la sangre que fluye hacia el cerebro y otros órganos vitales. La muerte o el daño cerebral permanente pueden ocurrir en solo unos minutos. La mayoría de las personas que experimentan un PCS mueren a causa de él; las tasas de supervivencia están por debajo del 10%.

Ley 73 - Ley de Peyton - Prueba de electrocardiograma para estudiantes atletas

La Ley tiene como objetivo ayudar a mantener seguros a los estudiantes-atletas mientras practican o juegan al brindar educación sobre SCA y al requerir que se notifique a los padres que puede solicitar, a su cargo, un electrocardiograma (EKG o ECG) como parte del examen físico para ayudar a descubrir problemas cardíacos ocultos que pueden provocar un paro cardíaco repentino

¿Por qué no se detectan las afecciones cardíacas que ponen en riesgo a los jóvenes?

- Hasta el 90 por ciento de los problemas cardíacos subyacentes se pasan por alto cuando se usa solo el historial y el examen físico;
- La mayoría de las afecciones cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino no son detectables al escuchar el corazón con un estetoscopio durante un examen físico de rutina; y
- A menudo, los jóvenes no informan ni reconocen los síntomas de una posible afección cardíaca.

¿Qué es un electrocardiograma (EKG o ECG)? Un ECG / EKG es una prueba rápida, indolora y no invasiva que mide y registra un momento en el tiempo de la actividad eléctrica del corazón. Un técnico coloca pequeños parches de electrodos en la piel del pecho, los brazos y las piernas. Un ECG / EKG proporciona información sobre la estructura, función, frecuencia y ritmo del corazón.

¿Por qué agregar un ECG/EKG al examen físico? Agregar un ECG/EKG al historial y al examen físico puede sugerir más pruebas o ayudar a identificar hasta dos tercios de las afecciones cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino. Su médico puede solicitar un ECG/EKG para detectar enfermedades cardiovasculares o una variedad de síntomas como dolor de pecho, palpitaciones, mareos, desmayos o antecedentes familiares de enfermedades cardíacas.

- Las pruebas de ECG / EKG deben considerarse cada 1-2 años porque los corazones jóvenes crecen y cambian.
- Los exámenes de ECG / EKG pueden aumentar la sensibilidad para la detección de enfermedades cardíacas no diagnosticadas, pero es posible que no prevengan el paro cardíaco repentino.
- Los exámenes ECG / EKG con hallazgos anormales deben ser evaluados por médicos entrenados.
- Si el examen de ECG / EKG tiene hallazgos anormales, puede necesitar pruebas adicionales para hacer (con coste asociado y riesgo) hasta que la prueba se completa y se pueden hacer recomendaciones más específicas.
- El ECG / EKG puede tener resultados falsos positivos, lo que sugiere una anomalía que en realidad no existe (resultado falso positivo ocurren menos cuando ECG / EKG son leídos por un hábil practicante de medicina en la interpretación del ECG / EKG de los niños, adolescentes y jóvenes deportistas).
- Los ECG / EKG dan como resultados menos falsos positivos que simplemente usando el historial y el examen físico actuales.

La Universidad de cardiología americana / La asociación de corazón americano no recomiendan un ECG o EKG en pacientes asintomáticos, pero respaldan los programas locales en los que se pueden aplicar ECG o EKG con recursos de alta calidad.

Retirada del juego / regreso al juego: Cualquier atleta/estudiante que tiene signos o síntomas de SCA debe ser retirado del juego (que incluye toda la actividad atlética). Los síntomas pueden ocurrir antes, durante o después de la actividad.

Antes de volver a jugar, el atleta debe ser evaluado y liberado por médico. La autorización para volver a jugar debe ser por escrito. La evaluación debe ser realizada por un médico con licencia, un enfermero practicante certificado o un cardiólogo (médico del corazón). El médico con licencia o certificado profesional de enfermería registrados pueden consultar a cualquier otro profesional médico con licencia o certificados profesionales de la medicina.

Revisé este formulario y comprendo los síntomas y las señales de advertencia de SCA. También he leído la información sobre la prueba del electrocardiograma y cómo puede ayudar a detectar problemas cardíacos ocultos.

Firma del estudiante-deportista

Escriba el nombre del estudiante-atleta en letra de imprenta

Fecha ____/____/____

Firma de la madre o padre / guardián

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

Fecha ____/____/____

Revisado: 27 de abril de 20 21 Aprobado por DBO

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 escolar. 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 escolar durante la pandemia de COVID-19 es estrictamente voluntaria y que aceptamos que el estudiante puede participar en este tipo de atletismo pandemia escolar. 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 escolares.

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 renunciaremos 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 escolar 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 redamo 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				
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	☐	☐				
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	☐	☐				
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	☐	☐				
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	☐	☐				
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	☐	☐				
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	☐	☐				
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐				
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	☐	☐				
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):	☐	☐				
10. Alta presión sanguínea	☐	☐				
Soplo cardíaco	☐	☐				
Colesterol alto	☐	☐				
Infeción del corazón	☐	☐				
11. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	☐	☐				
12. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	☐	☐				
13. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	☐	☐				
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?	☐	☐				
15. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	☐	☐				
16. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	☐	☐				
17. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía?	☐	☐				
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:	☐	☐				
19. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	☐	☐				
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:	☐	☐				
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Pecho	Mano / Dedos
Superior de la espalda	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Pie
21. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?	☐	☐				
22. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	☐	☐				
23. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?	☐	☐				
24. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	☐	☐				
25. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	☐	☐				
26. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	☐	☐				
27. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	☐	☐				
28. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	☐	☐				
29. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	☐	☐				
30. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	☐	☐				
31. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	☐	☐				
32. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un tímbré, un tinte, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	☐	☐				
33. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	☐	☐				
34. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	☐	☐				
35. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	☐	☐				
36. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	☐	☐				
37. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	☐	☐				
38. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	☐	☐				
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?	☐	☐				
40. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐				
41. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	☐	☐				
42. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	☐	☐				
43. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	☐	☐				
44. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	☐	☐				
45. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	☐	☐				
46. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	☐	☐				
47. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	☐	☐				
48. Ha tenido alguna vez un período menstrual	☐	☐				
49. Qué edad tenía cuando tuvo su primera período	☐	☐				
50. Cuantos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?	☐	☐				
51. Estas embarazada?	☐	☐				

#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

SECTION 7: PIAA COMPREHENSIVE INITIAL PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION AND CERTIFICATION OF AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER

Must be completed and signed by the Authorized Medical Examiner (AME) performing the herein named student's comprehensive initial pre-participation physical evaluation (CIPPE) and turned in to the Principal, or the Principal's designee, of the student's school.

Student's Name _____ Age _____ Grade _____

Enrolled in _____ School _____ Sport(s) _____

Height _____ Weight _____ % Body Fat (optional) _____ Brachial Artery BP _____ / _____ (_____ / _____) RP _____

If either the brachial artery blood pressure (BP) or resting pulse (RP) is above the following levels, further evaluation by the student's primary care physician is recommended.

Age 10-12: BP: >126/82, RP: >104; **Age 13-15:** BP: >136/86, RP >100; **Age 16-25:** BP: >142/92, RP >96.

Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: YES NO (circle one) Pupils: Equal _____ Unequal _____

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/Ears/Nose/Throat		
Hearing		
Lymph Nodes		
Cardiovascular		☐ Heart murmur ☐ Femoral pulses to exclude aortic coarctation ☐ Physical stigmata of Marfan syndrome
Cardiopulmonary		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)		
Neurological		
Skin		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder/Arm		
Elbow/Forearm		
Wrist/Hand/Fingers		
Hip/Thigh		
Knee		
Leg/Ankle		
Foot/Toes		

I hereby certify that I have reviewed the HEALTH HISTORY, performed a comprehensive initial pre-participation physical evaluation of the herein named student, and, on the basis of such evaluation and the student's HEALTH HISTORY, certify that, except as specified below, the student is physically fit to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in the sport(s) consented to by the student's parent/guardian in Section 2 of the PIAA Comprehensive Initial Pre-Participation Physical Evaluation form:

☐ **CLEARED** ☐ **CLEARED** with recommendation(s) for further evaluation or treatment for: _____

☐ **NOT CLEARED** for the following types of sports (please check those that apply):

☐ **COLLISION** ☐ **CONTACT** ☐ **NON-CONTACT** ☐ **STRENUOUS** ☐ **MODERATELY STRENUOUS** ☐ **NON-STRENUOUS**

Due to _____

Recommendation(s)/Referral(s) _____

AME's Name (print/type) _____ License # _____

Address _____ Phone (_____) _____

AME's Signature _____ MD, DO, PAC, CRNP, or SNP (circle one) Certification Date of CIPPE _____ / _____ / _____

SECTION 8: RE-CERTIFICATION BY PARENT/GUARDIAN

This form must be completed not earlier than six weeks prior to the first Practice day of the sport(s) in the sports season(s) identified herein by the parent/guardian of any student who is seeking to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in all subsequent sport seasons in the same school year. The Principal, or the Principal's designee, of the herein named student's school must review the SUPPLEMENTAL HEALTH HISTORY.

If any SUPPLEMENTAL HEALTH HISTORY questions are either checked yes or circled, the herein named student shall submit a completed Section 9, Re-Certification by Licensed Physician of Medicine or Osteopathic Medicine, to the Principal, or Principal's designee, of the student's school.

SUPPLEMENTAL HEALTH HISTORY

Student's Name _____ Male/Female (circle one)

Date of Student's Birth: ____/____/____ Age of Student on Last Birthday: ____ Grade for Current School Year: ____

Winter Sport(s): _____ Spring Sport(s): _____

CHANGES TO PERSONAL INFORMATION (In the spaces below, identify any changes to the Personal Information set forth in the original Section 1: PERSONAL AND EMERGENCY INFORMATION):

Current Home Address _____

Current Home Telephone # () _____ Parent/Guardian Current Cellular Phone # () _____

CHANGES TO EMERGENCY INFORMATION (In the spaces below, identify any changes to the Emergency Information set forth in the original Section 1: PERSONAL AND EMERGENCY INFORMATION):

Parent's/Guardian's Name _____ Relationship _____

Address _____ Emergency Contact Telephone # () _____

Secondary Emergency Contact Person's Name _____ Relationship _____

Address _____ Emergency Contact Telephone # () _____

Medical Insurance Carrier _____ Policy Number _____

Address _____ Telephone # () _____

Family Physician's Name _____, MD or DO (circle one)

Address _____ Telephone # () _____

If any SUPPLEMENTAL HEALTH HISTORY questions below are either checked yes or circled, the herein named student shall submit a completed Section 9, Re-Certification by Licensed Physician of Medicine or Osteopathic Medicine, to the Principal, or Principal's designee, of the student's school.

Explain "Yes" answers at the bottom of this form.
Circle questions you don't know the answers to.

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Since completion of the CIPPE, have you sustained a serious illness and/or serious injury that required medical treatment from a licensed physician of medicine or osteopathic medicine? | ☐ | ☐ |
| An additional note to item #1. If serious illness or serious injury was marked "Yes", please provide additional information below | | |
| 2. Since completion of the CIPPE, have you had a concussion (i.e. bell rung, ding, head rush) or traumatic brain injury? | ☐ | ☐ |
| 3. Since completion of the CIPPE, have you experienced dizzy spells, blackouts, and/or unconsciousness? | ☐ | ☐ |
| 4. Since completion of the CIPPE, have you experienced any episodes of unexplained shortness of breath, wheezing, and/or chest pain? | ☐ | ☐ |
| 5. Since completion of the CIPPE, are you taking any NEW prescription medicines or pills? | ☐ | ☐ |
| 6. Do you have any concerns that you would like to discuss with a physician? | ☐ | ☐ |

#s	Explain yes answers; include injury, type of treatment & the name of the medical professional seen by student

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information herein is true and complete.

Student's Signature _____ Date ____/____/____

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information herein is true and complete.

Parent's/Guardian's Signature _____ Date ____/____/____

Section 9: Re-Certification by Licensed Physician of Medicine or Osteopathic Medicine

This Form must be completed for any student who, subsequent to completion of Sections 1 through 6 of this CIPPE Form, required medical treatment from a licensed physician of medicine or osteopathic medicine. This Section 9 may be completed at any time following completion of such medical treatment. Upon completion, the Form must be turned in to the Principal, or the Principal's designee, of the student's school, who, pursuant to ARTICLE X, LOCAL MANAGEMENT AND CONTROL, Section 2, Powers and Duties of Principal, subsection C, of the PIAA Constitution, shall "exclude any contestant who has suffered serious illness or injury until that contestant is pronounced physically fit by the school's licensed physician of medicine or osteopathic medicine, or if none is employed, by another licensed physician of medicine or osteopathic medicine."

NOTE: The physician completing this Form must first review Sections 6 and 7 of the herein named student's previously completed CIPPE Form. Section 8 must also be reviewed if both (1) this Form is being used by the herein named student to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in a subsequent sport season in the same school year AND (2) the herein named student either checked yes or circled any Supplemental Health History questions in Section 8.

If the physician completing this Form is clearing the herein named student subsequent to that student sustaining a concussion or traumatic brain injury, that physician must be sufficiently familiar with current concussion management such that the physician can certify that all aspects of evaluation, treatment, and risk of that injury have been thoroughly covered by that physician.

Student's Name: _____ Age _____ Grade _____

Enrolled in _____ School _____

Condition(s) Treated Since Completion of the Herein Named Student's CIPPE Form: _____

A. GENERAL CLEARANCE: Absent any illness and/or injury, which requires medical treatment, subsequent to the date set forth below, I hereby authorize the above-identified student to participate for the remainder of the current school year in additional interscholastic athletics with no restrictions, except those, if any, set forth in Section 6 of that student's CIPPE Form.

Physician's Name (print/type) _____ License # _____

Address _____ Phone () _____

Physician's Signature _____ MD or DO (*circle one*) Date _____

B. LIMITED CLEARANCE: Absent any illness and/or injury, which requires medical treatment, subsequent to the date set forth below, I hereby authorize the above-identified student to participate for the remainder of the current school year in additional interscholastic athletics with, in addition to the restrictions, if any, set forth in Section 6 of that student's CIPPE Form, the following limitations/restrictions:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Physician's Name (print/type) _____ License # _____

Address _____ Phone () _____

Physician's Signature _____ MD or DO (*circle one*) Date _____

Section 10: CIPPE MINIMUM WRESTLING WEIGHT

INSTRUCTIONS

Pursuant to the Weight Control Program adopted by PIAA, prior to the participation by any student in interscholastic wrestling, the Minimum Wrestling Weight (MWW) at which the student may wrestle during the season must be (1) certified to by an Authorized Medical Examiner (AME) and (2) established NO EARLIER THAN six weeks prior to the first Regular Season Contest day of the wrestling season and NO LATER THAN the Monday preceding the first Regular Season Contest day of the wrestling season (See NOTE 1). This certification shall be provided to and maintained by the student's Principal, or the Principal's designee.

In certifying to the MWW, the AME shall first make a determination of the student's Urine Specific Gravity/Body Weight and Percentage of Body Fat, or shall be given that information from a person authorized to make such an assessment ("the Assessor"). This determination shall be made consistent with National Federation of State High School Associations (NFHS) Wrestling Rule 1, Competition, Section 3, Weight-Control Program, which requires, in relevant part, hydration testing with a specific gravity not greater than 1.025, and an immediately following body fat assessment, as determined by the National Wrestling Coaches Association (NWCA) Optimal Performance Calculator (OPC) (together, the "Initial Assessment").

Where the Initial Assessment establishes a percentage of body fat below 7% for a male or 12% for a female, the student must obtain an AME's consent to participate.

For all wrestlers, the MWW must be certified to by an AME.

Student's Name _____ Age _____ Grade _____
Enrolled in _____ School _____

INITIAL ASSESSMENT

I hereby certify that I have conducted an Initial Assessment of the herein named student consistent with the NWCA OPC, and have determined as follows:

Urine Specific Gravity/Body Weight _____ / _____ Percentage of Body Fat _____ MWW _____

Assessor's Name (print/type) _____ Assessor's I.D. # _____

Assessor's Signature _____ Date _____ / _____ / _____

CERTIFICATION

Consistent with the instructions set forth above and the Initial Assessment, I have determined that the herein named student is certified to wrestle at the MWW of _____ during the 20____ - 20____ wrestling season.

AME's Name (print/type) _____ License # _____

Address _____ Phone (_____) _____

AME's Signature _____ MD, DO, PAC, CRNP, or SNP Date of Certification _____ / _____ / _____
(circle one)

For an appeal of the Initial Assessment, see NOTE 2.

NOTES:

1. For senior high school wrestlers coming out for the Team AFTER the Monday preceding the first Regular Season Contest day of the wrestling season the OPC will remain open until January 15th and for junior high/middle school wrestlers coming out for the Team AFTER the Monday preceding the first Regular Season Contest day of the wrestling season the OPC will remain open all season.
2. Any athlete who disagrees with the Initial Assessment may appeal the assessment results one time by having a second assessment, which shall be performed prior to the athlete's first Regular Season wrestling Contest and shall be consistent with the athlete's weight loss (descent) plan. Pursuant to the foregoing, results obtained at the second assessment shall supersede the Initial Assessment; therefore, no further appeal by any party shall be permitted. The second assessment shall utilize either Air Displacement Plethysmography (Bod Pod) or Hydrostatic Weighing testing to determine body fat percentage. The urine specific gravity testing shall be conducted and the athlete must obtain a result of less than or equal to 1.025 in order for the second assessment to proceed. All costs incurred in the second assessment shall be the responsibility of those appealing the Initial Assessment.