



## EVALUACIÓN INICIAL COMPRENSIVA FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA



**EVALUACION INICIAL** Antes que cualquier estudiante participe en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias, en cualquier escuela PIAA miembro en cualquier año escolar, se requiere que el estudiante (1) complete una evaluación física inicial comprensiva de preparticipación (CIPPE por sus siglas en inglés); y (2) hacer que la persona adecuada complete las primeras siete secciones del formulario CIPPE. Al completar las secciones 1, 2, por el padre/tutor, y la secciones 3, 4, 5 y 6 por el estudiante y padre/tutor; la sección 6 por un evaluador medico autorizado (AME por sus siglas en inglés), esas secciones deben ser entregadas al director, o su designado, de la escuela del estudiante para el archivo de la escuela. El CIPPE no puede ser autorizado antes del 1 de junio y debe ser efectivo, sin importar de cuando se realice durante un año escolar, hasta el próximo 31 de mayo o la conclusión de la temporada deportiva de primavera.

**SUBSIGUIENTE(S) DEPORTE(S) EN EL MISMO AÑO ESCOLAR:** Después de completar un CIPPE, el mismo estudiante que quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar, debe completar la sección 8 de este formulario y debe entregar esa sección al director, o su designado, de su escuela. El director, o su designado, entonces determinará si la sección 9 se debe completar.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA

#### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad del estudiante en su último cumpleaños: \_\_\_ Grado para el año escolar actual: \_\_\_

Dirección física actual \_\_\_\_\_

Número telefónico actual ( \_\_\_\_\_ ) Núm. de celular actual del padre/tutor ( \_\_\_\_\_ )

Correo Electrónico del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Deporte(s) de otoño: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( \_\_\_\_\_ )

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( \_\_\_\_\_ )

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( \_\_\_\_\_ )

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_, MD o DO (seleccione uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( \_\_\_\_\_ )

Alergias del alumno \_\_\_\_\_

Condición(es) de Salud del Estudiante la(s) cuales debe saber el médico de emergencia u otro personal mmédico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos recetados al estudiante y las condiciones para las que se le recetan \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revisado: abril 17, 2021 BOD aprobado

## SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR

**El padre/tutor del estudiante debe completar todas las partes de este formulario.**

**A.** Por la presente otorgo mi consentimiento para \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ quien cumplió \_\_\_\_\_ en su último cumpleaños, un estudiante de la escuela \_\_\_\_\_ y un residente del distrito escolar \_\_\_\_\_ para participar en las prácticas, prácticas interescolares, prácticas de quipo y/o competencias durante el año escolar de 20\_\_ a 20\_\_ en el (los) deporte(s) como está indicado por mi(s) firma(s) después del nombre de dicho deporte(s) aprobados a continuación.

Otoño Deportes	Firma del padre O tutor
Carrera de campo traviesa	
Hockey sobre césped	
Fútbol Americano	
Golf	
Fútbol	
Tenis femenino	
Voleibol femenino	
Water Polo	
Otros	

Deportes de invierno	Firma del padre O tutor
Basquetbol	
Boliche	
<i>Spirit Squad</i> Competitivo	
Gimnasia femenil	
Tiro	
Natación y clavados	
Atletismo (bajo techo)	
Lucha	
Otros	

Deportes de primavera	Firma del padre O tutor
Basquetbol	
Lacrosse varonil	
Lacrosse femenino	
Softball	
Tenis varonil	
Atletismo (bajo techo)	
Voleibol varonil	
Otros	

**B. Comprensión de las normas para ser aprobado:** Por la presente reconozco que estoy familiarizado con los requerimientos de PIAA referente a la calificación de estudiantes en las escuelas participantes PIAA para participar en las prácticas interescolares, prácticas y/o competencias que involucran escuelas miembros de PIAA. Tales requerimientos, los cuales están en la página web de PIAA en [www.piaa.org](http://www.piaa.org), incluyen, pero no están limitados a la edad, estatus de amateur, asistencia escolar, salud, transferencia de una escuela a otra, normas y reglamentos de temporada y fuera de temporada, asistencia de los semestres, participación de deportes de temporada y desempeño académico.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**C. Divulgación de archivos necesarios para determinar la elegibilidad:** Para habilitar a PIAA para determinar si el estudiante nombrado en la presente califica para participar en deportes interescolares involucrando escuelas miembro de PIAA, yo, por la presente apruebo divulgarle a PIAA cualquier y todas las porciones de los archivos escolares, iniciando con el séptimo grado, del estudiante nombrado en la presente incluyendo, sin limitar la generalidad de lo siguiente, documentos de edad y nacimiento, nombre y dirección del (os) padre(s), dirección residencial del estudiante, archivo de salud, trabajo académico terminado, calificaciones recibidas e información de asistencia.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**D. Permiso para usar el nombre, parecido e información atlética:** Le otorgo el permiso a PIAA para usar el nombre, parecido e información atlética relacionada en reportes transmisiones de video y repeticiones, transmisiones por internet y de prácticas interescolares, prácticas, y/o competencias, literatura promocional de la asociación y otros materiales y documentos relacionados a atletismo interescolar.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**E. Permiso para administrar cuidado médico de emergencia:** Otorgo el consentimiento para que un proveedor de cuidado médico de emergencia para administrar cualquier cuidado médico de emergencia considerada necesaria para el bienestar del estudiante nombrado en la presente mientras el estudiante está practicando o participando en las prácticas interescolares, prácticas y/o competencias. Además, este permiso autoriza, si los esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, para que los médicos hospitalicen, aseguren la consulta apropiada, para ordenar inyecciones, anestesia (local, general o ambas) o cirugía para el estudiante nombrado en la presente. Por el presente acuerdo pagar por los honorarios del médico y/o cirujano, cargos de hospital y gastos relacionados por dicho cuidado médico de emergencia. Puedo dar permiso para la escuela de administración de atletismo, entrenadores y personal médico para consultar con el profesional médico autorizado quien ejecuta la sección 6 con respecto a una condición médica o lesión en el aquí denominado estudiante.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**F. La confidencialidad:** La información en este CIPPE será tratada como confidencial por el personal de la escuela. Puede ser utilizado por la escuela de administración de atletismo, entrenadores y personal médico para determinar la elegibilidad atlética, para identificar condiciones médicas y lesiones, y para promover la seguridad y la prevención de lesiones. En caso de una emergencia, la información contenida en este CIPPE podrá ser compartida con el personal médico de emergencia. Información acerca de 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/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SECCIÓN 3: COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS DE UNA CONMOCIÓN Y LESIÓN CEREBRALES TRAUMÁTICA

### ¿Qué es una conmoción?

Una conmoción es una lesión cerebral que:

- Es causada por un golpe, impacto o sacudida a la cabeza o cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que funciona el cerebro de un estudiante.
- Puede ocurrir durante las prácticas y/o competencias en cualquier deporte.
- Puede suceder aun si un estudiante no ha perdido el conocimiento.
- Puede ser serio aun si un estudiante le han dado un "toquecito" o "lo golpearon levemente."

Todas las conmociones son serias. Una conmoción puede afectar la habilidad del estudiante para desempeñar sus tareas de la escuela y otras actividades (tales como jugar video juegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de los estudiantes con una conmoción se mejoran, pero es importante darle tiempo para sanar al cerebro del estudiante.

### ¿Cuáles son los síntomas de una conmoción?

Las conmociones no se pueden ver, sin embargo, un estudiante con posible conmoción, pueden soler aparentes **uno o más** de los siguientes síntomas y/o el estudiante "no se siente bien" poco después, pocos días después, e incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Nausea o vómito
- Mareos o problemas de balance
- Visión doble o borrosa
- Molestia por la luz o el ruido
- Sentirse agotado, cansado, desgastado o sin fuerza
- Dificultad para enfocarse
- Problemas de memoria
- Confusión

### ¿Qué deben hacer los estudiantes si creen que ellos o alguien más han sufrido una conmoción?

- **Los estudiantes que sienten algunos síntomas descritos anteriormente deben comunicarle inmediatamente su entrenador y padres.** También, si notan que algún compañero muestra tales síntomas, deben reportarlo inmediatamente a su entrenador.
- **El estudiante debe ser evaluado.** Un médico certificado de medicina o medicina osteopática (MD o DO), suficientemente familiarizado con el manejo actual de conmociones, debe examinar al estudiante, determinar si el estudiante sufre una conmoción y determinar cuando el estudiante está listo para regresar a participar en atletismo interescolar.
- **Los estudiantes que sufrieron una conmoción deben tomar su tiempo para mejorar.** Si un estudiante a sufrido una conmoción, el cerebro del estudiante necesita tiempo para sanar. Mientras que todavía está sanando el cerebro del estudiante que sufrió una conmoción, es más probable que ese estudiante sufra otra conmoción. Las conmociones repetidas pueden incrementar el tiempo que se toma para un estudiante que sufrió una conmoción para recuperarse y pueden causar más daño al cerebro del estudiante. Tal daño puede tener consecuencias a largo plazo. Es importante que un estudiante que sufrió una conmoción repose y no regrese a practicar hasta que este reciba permiso de un MD o DO, lo suficientemente familiarizado con la administración de la conmoción, que el estudiante esté libre de síntomas.

**¿Como pueden evitar una conmoción los estudiantes?** Cada deporte es diferente, pero existen pasos que los estudiantes pueden tomar para protegerse a sí mismos.

- El uso adecuado del equipo deportivo, incluyendo equipo de protección personal. Para que el equipo proteja adecuadamente a un estudiante este debe:
  - Ser el equipo correcto para el deporte, posición o activad;
  - Usarlo correctamente y la medida correcta y que le quede, y
  - Usarlo cada vez que el estudiante practique y/o compita.
- Seguir las reglas del entrenador para seguridad y las reglas del deporte.
- Practicar buena deportividad todo el tiempo.

**Si un estudiante cree que puede estar sufriendo una conmoción:** No lo oculte. Repórtelo. Tómese su tiempo para recuperarse.

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y riesgo de una conmoción y lesiones cerebrales traumáticas mientras participa en atletismo interescolar, incluyendo los riesgos asociados con continuar a competir después de una conmoción o lesión cerebrales traumática.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por la presente reconozco que estoy familiarizado con la naturaleza y riesgo de una conmoción y lesiones cerebrales traumáticas mientras participa en atletismo interescolar, incluyendo los riesgos asociados con continuar a competir después de una conmoción o lesión cerebrales traumática.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Sección 4: COMPRENSIÓN DE LOS SINTOMAS Y SEÑALES DE ADVERTENCIA DE UN ATAQUE CARDÍACO REPENTINO

### ¿Qué es un paro cardíaco repentino?

Un Paro Cardíaco Repentino (SCA, por sus siglas en inglés), ocurre cuando el corazón deja de latir, repentina e inesperadamente. Cuando esto sucede, la sangre deja de fluir hacia el cerebro y otros órganos vitales. SCA NO es un infarto. Un infarto puede causar SCA, pero no son lo mismo. Un infarto es causado por un bloqueo que detiene el flujo de la sangre al corazón. SCA es una disfunción en el sistema eléctrico del corazón causando que el corazón repentinamente deje de latir.

### ¿Qué tan común es un paro cardíaco repentino en los Estados Unidos?

Cada año suceden cerca de 350,000 paros cardíacos fuera de los hospitales cada año. Cerca de 10,000 individuos menores de 25 años de edad, mueren de SCA. SCA es el asesino número uno de estudiantes atletas y la principal causa de muerte en los campus de las escuelas.

### ¿Existen señales de advertencia?

Aunque SCA sucede inesperadamente, algunas personas pueden tener síntomas o señales tales como:

- Mareos o vértigo al hacer ejercicio;
- Desmayos o desvanecimientos durante o después de hacer ejercicio;
- Falta de aire o dificultad para respirar con el ejercicio, no relacionado con el asma;
- Latidos acelerados, salteados o agitación del ritmo cardíaco (palpitaciones)
- Fatiga (extrema o reciente comienzo de cansancio)
- Debilidad; y/o
- Dolores/presión en el pecho o tensión durante y después de hacer ejercicio.

Estos síntomas pueden ser ambiguos y confusos en atletas. A menudo, algunos pueden ignorar las señales, o pensar que son normales por el agotamiento físico. Si las condiciones que causan SCA, son diagnosticadas y tratadas antes de que se produzca un suceso que pone en peligro la vida, se puede evitar la muerte cardíaca repentina en muchos atletas jóvenes.

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

Existen riesgos asociados con continuar practicando o jugando, después de sentir estos síntomas. Los síntomas pueden significar que algo anda mal con el atleta y deberían ser chequeados antes de volver al juego. Cuando el corazón se detiene, lo mismo sucede con la sangre que fluye hacia el cerebro y otros órganos vitales. Puede ocurrir la muerte o daño cerebral permanente, tan solo en pocos minutos. La mayoría de las personas que sufren un SCA, mueren por su causa; el rango de sobrevivencia está por debajo del 10%.

### Ley 73 - La Ley 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 descubrir problemas cardíacos ocultos que pueden provocar un paro cardíaco repentino.

### ¿Por qué No se Detectan las Enfermedades Cardíacas que Ponen en Riesgo a los Jóvenes?

- Hasta un 90 por ciento de los problemas cardíacos subyacentes, se pasan por alto cuando solamente se utiliza el historial y el examen físico;
- La mayoría de las condiciones cardíacas que pueden llevar a un SCA, no son detectables solamente escuchando el corazón con un estetoscopio, durante un examen físico de rutina; y
- A menudo, los jóvenes no reportan ni reconocen los síntomas de una posible afección cardíaca.

### ¿Qué es un electrocardiograma (EKG o ECG)?

El ECG/EKG es una prueba rápida, sin dolor 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, la función, el ritmo y la frecuencia del corazón.

### ¿Por qué Agregar un ECG/EKG al Examen Físico?

Incluir un ECG/EKG al historial y al examen físico, puede sugerir más pruebas o ayudar a identificar hasta dos tercios de las condiciones cardíacas que pueden conducir a un SCA. Su médico puede solicitar un ECG/EKG para la detección de enfermedades cardiovasculares, o para una variedad de síntomas como dolor en el pecho, palpitaciones, mareos, desmayos o antecedentes familiares de enfermedades cardíacas.

- Las pruebas de ECG/EKG deben considerarse cada 1 o 2 años porque los corazones jóvenes crecen y cambian.
- Las pruebas de ECG/EKG pueden aumentar la sensibilidad para la detección de enfermedades cardíacas no diagnosticadas, pero no previenen un SCA.
- Las pruebas de ECG/EKG con hallazgos anormales, deberán ser evaluadas por médicos especializados.
- Si la prueba de ECG/EKG tiene resultados anormales, es posible que sea necesario realizar pruebas adicionales (con el costo y el riesgo asociados), antes de que se pueda hacer un diagnóstico. Esto puede impedir que el estudiante participe en los deportes durante un corto período de tiempo, hasta que se completen las pruebas y se puedan hacer recomendaciones más específicas.
- El ECG / EKG puede tener resultados falsos positivos, lo que sugiere una anomalía que realmente no existe (los resultados falsos positivos ocurren menos cuando los ECG / EKG son leídos por un médico competente en la interpretación de ECG / EKG de niños, adolescentes y atletas jóvenes).
- Los ECG / EKG dan menos falsos positivos que el simple hecho de utilizar el historial y el examen físico actuales.

**Las directrices del Colegio Americano de Cardiología (The American College of Cardiology) y la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association) no recomiendan un ECG o EKG en pacientes asintomáticos, pero sí, apoya los programas locales en los que se puede aplicar un ECG o EKG con recursos de alta calidad.**

### Retiro de jugar/regreso a jugar

Cualquier estudiante atleta que tiene señales o síntomas de SCA, debe ser retirado de jugar (que incluye toda la actividad atlética). Los síntomas pueden suceder antes, durante o después de la actividad. Jugar incluye toda la actividad atlética.

Antes de regresar a jugar, el atleta debe ser evaluado y autorizado. La autorización para regresar a jugar debe ser por escrito. La evaluación debe ser realizada por un médico certificado, enfermera certificada registrada o cardiólogo (médico del corazón). El médico o enfermera certificados registrados, puede consultar otros profesionales médicos certificados o licenciados.

He revisado y comprendido los síntomas y señales de advertencia del SCA. También he leído la información sobre las pruebas de electrocardiogramas y como podrían ayudar a detectar problemas cardíacos ocultos.

Firma del estudiante-atleta

Escriba con letra de molde el nombre del estudiante-atleta

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del padre/tutor

Escriba con letra de molde el nombre del padre/tutor

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Sección 5: RECONOCIMIENTO SUPLEMENTARIO, RENUNCIA Y LIBERACIÓN: COVID-19

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

Si bien no es posible eliminar todo el riesgo de infectarse con el COVID-19 o de promover su propagación, la PIAA ha instado a todas las escuelas miembros a que tomen las precauciones necesarias y cumplan con las pautas de los gobiernos federal, estatal y local, los CDC y los Departamentos de Salud y Educación de PA 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 contagiosa 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 deportes interescolares. 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 otras 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 deportes durante la pandemia de 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 este formulario, 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 deportes interescolares durante la pandemia COVID-19 es estrictamente voluntaria y que estamos de acuerdo en que el estudiante abajo firmante puede participar en este tipo de atletismo 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 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 PESAR DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON COVID-19, RECONOCEMOS QUE VOLUNTARIAMENTE ESTAMOS PERMITIENDO QUE LOS ESTUDIANTES PARTICIPEN EN ATLETISMO INTERCOLÁSTICO CON CONOCIMIENTO DEL PELIGRO INVOLUCRADO. POR LA PRESENTE ACEPTAMOS ACEPTAR Y ASUMIR TODOS LOS RIESGOS DE LESIONES PERSONALES, ENFERMEDAD, INCAPACIDAD Y / O MUERTE RELACIONADOS CON COVID-19, QUE SURJAN DE DICHA PARTICIPACIÓN, YA SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE PIAA O DE OTRA MANERA.**

Por la presente renunciamos expresamente y liberamos 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, agentes, miembros, sucesores y cesionarios (colectivamente, "Liberados"), en cuenta de lesión, enfermedad, discapacidad, muerte o daño a la propiedad que surja de o sea atribuible a la participación del Estudiante en atletismo interescolar y al estar expuesto o contraer COVID-19, ya sea que surja de la negligencia de PIAA o cualquier exonerado o de otro modo. Nos comprometemos a no presentar ni presentar ninguna reclamación de este tipo contra PIAA o cualquier otro exonerado, y exoneramos y exoneramos para siempre a PIAA y a todos los demás exonerados de responsabilidad en virtud de dichos reclamos.

Además, defenderemos, indemnizaremos y exoneraremos de responsabilidad a la escuela del estudiante, a la PIAA y a todos los demás eximidos contra cualquier pérdida, daño, responsabilidad, deficiencia, reclamo, acción, sentencia, conciliación, interés, premios, sanciones, 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 otro exonerado en un juicio final que surja o como resultado de cualquier reclamo de, o en nombre de, cualquiera de nosotros relacionado con COVID-19.

Aceptamos voluntariamente 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 atlético de la escuela del estudiante.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del

**SECCIÓN 6: HISTORIAL DE SALUD**

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.  
Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

	Sí	No					
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. ¿Tiene usted una condición médica permanente (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. ¿Está usted actualmente tomando algún medicamento con o sin receta (de venta libre) medicina o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, polen, alimentos, o piquete de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado MIENTRAS HACIA ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7. ¿Alguna vez ha tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8. ¿Su corazón se altera o brinca los latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (marque todas las que aplican):							
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		<input type="checkbox"/> Soplo del corazón					
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		<input type="checkbox"/> Infección cardíaca					
10. ¿Alguna vez a ordenado un médico un examen para su corazón? (por ejemplo, ECG, electrocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. ¿Alguna vez ha muerto un familiar sin razón aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. ¿Algún familiar o pariente ha sido discapacitado o muerto por problemas cardíacos o de una muerte repentina antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como una torcedura de músculo o desgarre de ligamento, o tendinitis, que le haya causado faltar a una práctica o competencia? Si le ha pasado, encierre el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
18. ¿Se le ha roto o fracturado algún hueso o dislocado una coyuntura? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
19. ¿Ha tenido una lesión sea o de coyuntura que requirió radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, un abrazadera, yeso o muletas? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Antebrazo	Mano/ Dedo	Pecho
Espalda alta	Espalda baja	Cadera	Musl	Rodilla	Pantorrilla/ espinilla	...	Pie/ Dedos
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?							
21. ¿Se le ha dicho que usted tiene o tuvo una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	Sí	No
22. ¿Usted usa regularmente una abrazadera o dispositivo de asistencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
23. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Usted tose, resolla o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Alguna vez usted ha usado inhalador o tomado medicina para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Nació usted o le falta un riñón, ojo, testículo u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Ha usted tenido infección mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Usted tiene algunos sarpullidos, úlceras u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Alguna vez usted ha tenido infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONMOCIÓN O LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA**

31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión traumática del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y ha estado confuso o perdido la memoria? con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Alguna vez se le han dormido, tenido cosquilleo o debilidad en sus brazos o piernas después de ser golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna vez no ha sido capaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o se haya caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Cuándo ejercita en el calor, tiene usted calambres musculares severos o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene anemia de células falciformes o anemia drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Ha usted tenido algunos problemas con sus ojos o vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Está usted infeliz con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Está usted tratando de subir o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Usted limita o cuidadosamente controla lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SOLO MUJERES**

47. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?	_____	_____
49. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?	_____	_____
50. ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>#s</b>	<b>Explique aquí las respuestas "Sí":</b>

**Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.**

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA  
Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO**

Debe ser completado y firmado por el Examinador Médico Autorizado (AME por sus siglas en inglés) que realiza la evaluación física inicial comprensiva (CIPPE por sus siglas en inglés) del estudiante nombrado en la presente y entregado al Director, o su designado, de la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Inscrito en el (los) deporte(s) de \_\_\_\_\_ En la escuela \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % Grasa Corporal (opcional) \_\_\_\_\_ Arteria Braquial BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ) RP \_\_\_\_\_

Si la presión arterial braquial (BP) o pulso en reposo (RP por sus siglas en inglés) están arriba de los siguientes niveles, se recomienda una evaluación adicional del estudiante por su médico de cabecera.

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

Visión: D 20/ \_\_\_\_\_ I 20/ \_\_\_\_\_ Corregido: Si NO (encierre uno) Pupilas: Igual \_\_\_\_\_ Desigual \_\_\_\_\_

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Pulsos femorales para excluir la coartación de la aorta <input type="checkbox"/> Estigmas físicos del síndrome de Marfan
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL de SALUD, elaboré una evaluación física inicial de preparticipación del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal evaluación y del HISTORIAL de SALUD del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la sección 2 del formulario de evaluación física inicial comprensiva de preparticipación PIAA.

**AUTORIZADO**  **AUTORIZADO**, con recomendación(es) para evaluación o tratamiento futuro para: \_\_\_\_\_

**NO AUTORIZADO** para los siguientes tipos de deportes (por favor marque aquellos que aplican):

Impacto  Contacto  Sin contacto  Vigoroso  Vigoroso Moderado  No Vigoroso

A causa de \_\_\_\_\_

Recomendación(es)/Remisión(es) \_\_\_\_\_

Nombre AME (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Firma AME \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP (encierre uno) Certificación Fecha de CIPPE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## SECCIÓN 8: RECERTIFICACIÓN POR EL PADRE/TUTOR

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del (los) deporte(s) en la temporada de deporte(s) identificados en la presente por el padre/tutor de cualquier estudiante quien quiere participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo, y/o competencias en deporte(s) subsiguiente(s) en el mismo año escolar. El Director, o su designado, de la escuela del estudiante nombrado en la presente debe revisar el HISTORIAL DE SALUD SUPLEMENTAL

Si algunas preguntas de HISTORIAL DE SALUD ADICIONAL son marcadas o encerradas como sí, el estudiante nombrado en la presente debe requerir que el estudiante complete la sección 9, recertificación por un médico certificado de medicina o medicina osteopatía, al director, o su designado, de la escuela del estudiante.

### HISTORIAL MEDICO ADICIONAL

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (encierre uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad del estudiante en su último cumpleaños: \_\_\_\_ Grado para el año escolar actual: \_\_\_\_

Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION PERSONAL** (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información personal establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia

Dirección residencial actual \_\_\_\_\_

Número telefónico actual ( ) \_\_\_\_\_ Núm. de celular actual del padre/tutor ( ) \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACION DE EMERGENCIA** (en los espacios a continuación, identifique los cambios a la información de emergencia establecidos en la sección 1 original: Información Personal y de Emergencia

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto Secundario en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del Contacto en caso de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_, MD o DO (seleccione uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Si alguna de las preguntas de HISTORIA DE SALUD SUPLEMENTARIA a continuación se marcó sí o se marcó con un círculo, el estudiante aquí mencionado deberá presentar una Sección 9 completa, Recertificación por un Médico Licenciado en Medicina o Medicina Osteopática, al Director, o la persona designada por el Director, de la escuela del estudiante.

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.  
Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

- |  | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Desde la culminación de CIPPE, ¿ha tenido una enfermedad y/o lesión que requiera atención médica de un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha usted tendido episodios de mareo, perdido el conocimiento y/o quedado inconsciente?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Una nota adicional al artículo # 1. Si una enfermedad grave o una lesión grave se marcó como "Sí", proporcione información adicional a continuación.               |                          |                          | 4. Desde la culminación de CIPPE ¿Ha tenido algunos episodios de falta de respiración, falta de respiración inexplicables, silvancias y/o dolor de pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desde la culminación de CIPPE ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión cerebral traumática?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Desde la culminación del CIPPE, está tomando algunos medicamentos o pastillas prescritas NUEVOS?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          | 6. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#s	Explique aquí las respuestas "Sí", Explique las respuestas afirmativas; Incluya la lesión, el tipo de tratamiento y el nombre del profesional médico al que asistió el estudiante.

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Sección 9: Recertificación por un médico certificado de medicina o medicina de osteopatía

Este formulario debe ser completada por cualquier estudiante quien, después de completar las secciones del 1 al 6 de este formulario CIPPE, requiere tratamiento médico de un médico certificado en medicina o medicina de osteopatía. La sección 9 debe ser completada en cualquier momento después de completar tal tratamiento médico. Al terminar, el formulario debe ser entregado al Director, o el asignado por el director, de la escuela del estudiante, quien, en cumplimiento al ARTÍCULO X, ADMINISTRACION Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y deberes del director, subsección C, de la Constitución PIAA, debe "excluir cualquier concursante quien sufrido una enfermedad o lesión seria hasta que el concursante sea declarado físicamente saludable por el médico en medicina certificado o medicina de osteopatía de la escuela o si ninguno es empleado, por otro médico certificado de medicina o medicina de osteopatía.

**NOTA:** El médico que completa este formulario primero debe revisar las secciones 6 y 7 del estudiante aquí nombrado previamente completado el formulario CIPPE. La sección 8 también debe ser revisada si ambas 1) este formulario es usado por el estudiante aquí nombrado para participar en prácticas, practicas interescolares, prácticas, y/o competencias en la siguiente temporada de deportes en el mismo año escolar Y 2) el estudiante aquí nombrado ya sea que marcó si o encerró cualesquier preguntas de historial de salud suplementario en la sección 8.

Si el médico que completa este formulario está aprobando al estudiante nombrado en la presente subsiguiente a que el estudiante sostuvo una conmoción o lesión cerebrales traumática, ese médico debe estar suficientemente familiarizado con el control de la conmoción cerebral actual al grado que este puede certificar que todos los aspectos de evaluación, tratamiento y riesgo de la lesión han sido cubiertos completamente por ese médico.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Inscrito en la escuela \_\_\_\_\_

Condición (es) tratadas desde la conclusión del formulario CIPPE del estudiante nombrado en la presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A. AUTORIZACIÓN GENERAL:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional sin restricciones, excepto aquellas, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante.

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) Fecha \_\_\_\_\_

**B. AUTORIZACIÓN LIMITADA:** En ausencia de cualesquier enfermedades y/o lesiones, las cuales requieren tratamiento médico, después de la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al estudiante identificado anteriormente para participar por el resto del año escolar en atletismo interescolar adicional además de las restricciones, si las hay, establecidas en la Sección 6 del formulario CIPPE del estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Nombre del médico (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ MD o DO (encierre uno) Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 10: PESO MÍNIMO DE LUCHA CIPPE

### Instrucciones

De acuerdo al Programa de Control de Peso adoptado por PIAA, antes de la participación de cualquier estudiante en lucha interescolar, el Peso Mínimo de Lucha (MWW por sus siglas en inglés) en la cual el estudiante puede luchar durante la temporada debe ser 1) certificada por el Examinador Médico Autorizado (AME), y 2) establecido NO ANTES DE seis semanas antes del día de la Primera Competencia Regular de la Temporada y NO DESPUES DE el lunes después del primer día de Competencia de la Temporada Regular de la temporada de lucha (ver la NOTA 1). Esta certificación debe ser provista y mantenida por el director del estudiante o su designado.

En certificar el MWW, el AME debe primero hacer una determinación de la gravedad específica de orina/peso corporal y porcentaje de grasa corporal, se le debe dar la información de una persona autorizada para hacer tal evaluación ("el evaluador"). Esta determinación debe ser consistente con la federación nacional de las asociaciones de escuelas secundarias del estado (NFHS por sus siglas en inglés) regla 1 de lucha, competencia, sección 3, programa de control de peso, la cual requiere, en parte relevante, evaluación de hidratación con una seriedad específica no mayor a 1.025, y una evaluación de grasa corporal inmediata, como esta determinado por la asociación de entrenadores de lucha (NWCA por sus siglas en inglés) calculador de desempeño óptimo (OPC, por sus siglas en inglés), (juntas, la "evaluación inicial").

Donde la evaluación inicial establece el porcentaje de la grasa corporal debajo de 7% para un varón o 12% para una mujer, el estudiante debe obtener el consentimiento de un AME para participar.

Para todos los luchadores, el MWW debe ser certificado por un AME.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Inscrito en la escuela \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN INICIAL

Por la presente certifico que he realizado la evaluación inicial del estudiante aquí nombrado consistente con el NWCA OPC, y he **determinado lo siguiente:**

Gravedad específica de la orina/peso corporal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ porcentaje de grasa corporal \_\_\_\_\_ MWW \_\_\_\_\_

Nombre del evaluador (use letra de molde/mecanografiado) \_\_\_\_\_ Núm. de

identificación del evaluador \_\_\_\_\_

Firma del evaluador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN

Conforme a las instrucciones establecidas anteriormente en la evaluación inicial, he **determinado que el estudiante aquí nombrado está aprobado** para luchar en la MWW de \_\_\_\_\_ durante la temporada de lucha del 20\_\_\_\_ al 20\_\_\_\_.

Nombre AME (use letra de molde/mecanografía) \_\_\_\_\_ Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Firma AME's \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, CRNP, o SNP Fecha de certificación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(encierre uno)

Para una apelación de la evaluación inicial, vea la NOTA 2.

### NOTAS:

1. Para los luchadores del último año de secundaria que egresan del equipo DESPUES del lunes después del día de la competencia de la temporada regular de la temporada de lucha el OPC permanecerá abierto hasta el 15 de enero y para los luchadores estudiantes de escuela secundaria/media inferior egresando del equipo DESPUES del lunes seguido del primer día de competencia de la temporada regular el OPC permanecerá abierto toda la temporada.

2. Cualquier atleta no conforme con la evaluación inicial puede apelar los resultados de la evaluación por una vez al realizar una segunda evaluación, la cual debe realizarse antes de la competencia de la primera temporada regular del atleta y debe consistir con el plan de reducción de peso del atleta (descender). En cumplimiento a lo anterior, los resultados obtenidos de la segunda evaluación deben prevalecer a la evaluación inicial, por lo tanto, no se permitirá otra apelación de cualquier parte. La segunda evaluación debe utilizar ya sea por una pletismografía de desplazamiento de aire (Bod Pod) o peso hidrostático para determinar el porcentaje de grasa corporal. El examen de gravedad específica de la orina deberá ser conducida y el atleta debe obtener un resultado de menos o igual a 1.025 para que pueda proceder la segunda evaluación. Todos los gastos contraídos en la segunda evaluación son la responsabilidad de la parte que apela la evaluación inicial.