

Apellido, Nombre	Identificación del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Sexo	Deportes (Mencione todos los deportes en los que participara)
Dirección (No P.O. Boxes)		Ciudad		Código Postal	Teléfono de la casa
Nombre de la guardián	Empresa en la que labora	Teléfono celular		Teléfono del trabajo	Relación con el Estudiante
Nombre de la guardián	Empresa en la que labora	Teléfono celular		Teléfono del trabajo	Relación con el Estudiante
Contacto de emergencia (No padres)		Teléfono celular		Teléfono de la casa	Relación con el Estudiante

Esta forma debe de estar en el archivo antes de participar en cualquier practica, actuación, juego de practica o competicion, antes, durante o despues de escuela incluyendo periodo atletico

<p>1. ¿Has tenido alguna enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Has estado hospitalizado, de un día para otro, el año pasado? ¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Has tenido un examen del corazón ordenado por un medico? ¿Que edad? _____ ¿Que fue el diagnóstico? _____ ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? ¿ ¿Has tenido dolor al pecho durante o después de un ejercicio? ¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio? ¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones? ¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol? ¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco? ¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años? ¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilato cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrofica, Síndrome de largo QT, or otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal? ¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes? ¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón? 4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza? ¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria? Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión? _____ ¿Qué tan grave fue cada una? (explicalo abajo) ¿Has tenido alguna vez un ataque? ¿Tienes jaquecas frecuentes o graves? ¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies? ¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio? 5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares? 6. Estás al cuidado de un médico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condición médica? 7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas? 8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, alguna medicina, alguna alimento o alguna picadura de insecto)? ¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico? 9. ¿Te has mareado durante o después algun ejercicio? 10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio? ¿Has sido diagnosticado de asma? ¿Dentro de este año pasado, has experimentado un ataque de asma? ¿Tienes un inhalador recetado? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbra para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Has sufrido alguna luxación, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones? ¿Has tenido algun otro problema con dolor o hinchazon en los músculos, tendones, huesos, o algun articulacion? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Mano</td> <td><input type="checkbox"/> Pierna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Codo</td> <td><input type="checkbox"/> Dedo</td> <td><input type="checkbox"/> Rodilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Suprabrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Muneca</td> <td><input type="checkbox"/> Cadera</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillo</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pies</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla</td> </tr> </table> <p>16. ¿Quieres cambiar su peso en este momento? ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Te sientes estresado/a? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Has sido alguna vez diagnosticado o sido tratado de rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Tienes alguna otra condición médica que no fue mencionada previamente (por ejemplo, diabetes, enfermedad del tiroides, desórdenes inmune, desórdenes sangrantes, etcétera.) <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>SOLO HOMBRES:</b></p> <p>20. ¿Te falta en testicle? ¿Tienes hinchazón testicular o masas? <span style="float: right;">Si No</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>SOLO MUJERES:</b></p> <p>21. ¿Cuándo tuviste tu primera periodo menstrual? ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____ ¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una menstruacion al principio del siguiente? ¿Cuántas periodos menstrual has tenido en el ultimo año? ¿Cuál fue el tiempo mas largo entre periodo menstrual en el ultimo año? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No es necesario un (ECG) electrocardiograma. Marcando esta casilla, yo obtener un ECG para mi estudiante como manera de ecaluar mejor su estado cardiaco en el formulariode Concenciación Sobre Paro Cardíaci Repentino de la UIL Yo leí y entiendo la información sobre la evaluación cardiaca. Tambien entiendo que es la responsibilidad de mi familia programar y pagar el costo del ECG.</p> <p>Explique Sus Respuestas _____</p>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Tobillo					<input type="checkbox"/> Pies					<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pierna																						
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Rodilla																						
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Tobillo																						
				<input type="checkbox"/> Pies																						
				<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla																						

Se entiende que aún que el atleta use el equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue habiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesión. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento medico inmediato a causa de un accidente ó enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier médico, entrenador atlético, enfermera, hospital, ó representante de la escuela. Estoy de acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela ó a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. Si entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, ó en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad ó accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad ó lesión.

Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son completas y correcto. El fracaso de proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/ Madre/Custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<p><b>This Medical History Form was reviewed by:</b></p> <p>Doctor: _____ Signature</p>	<p>School Official: _____ Signature</p>
---	---

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION**

Student's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

BP	/	/	/
----	---	---	---

brachial blood pressure while sitting

% Body fat (optional) \_\_\_\_\_

Vision R 20/\_\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_\_ Corrected:  Y  N Pupils: Equal \_\_\_\_\_ Unequal \_\_\_\_\_

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
<b>MEDICAL</b>			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only) If indicated			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

**Austin ISD requires that each athlete have an annual physical dated after April 15, 2023**

**CLEARANCE**

Cleared; Recommendations: \_\_\_\_\_

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_

Not cleared for: \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

<p><b>The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.</b></p>	
Name (print/type) _____	Date of Examination: _____
Address: _____	Phone: _____
Signature: _____	SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or performance/games/matches.

Name \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT**

Austin Independent School District  
**EMERGENCY STUDENT INFORMATION CARD**

Sport(s)

Austin ISD policy requires the completion of this permit for participation in athletics.

1. \_\_\_\_\_

If, in the judgment of any representative of the school, the above student needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said student by any physician, athletic trainer, nurse, hospital, or school representative; and I do hereby agree to indemnify and save harmless the school district and any school representative from any claim by any person whatsoever on account of such care and treatment of said student.

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name (Last, First) \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

School Attending \_\_\_\_\_ Student ID \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Parent/Guardian(s) Name \_\_\_\_\_

Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Parent's Insurance Co. \_\_\_\_\_ Preferred Hospital \_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_ Office Phone \_\_\_\_\_

**\*\*Solo atléticos y  
estudiantes de animar\*\***

**[austinisd.rankonesport.com](http://austinisd.rankonesport.com)**

El departamento de deportes del Austin ISD está cambiando a formas en línea. Usted debe completar todas las formas y tramites en línea, con la excepción del historial médico y el examen físico. Las dos formas en línea y el examen físico deben completarse antes de que su estudiante pueda participar en cualquier práctica o juego, incluido el período atlético.

**Los formas en línea deben completarse por el padre/tutor y el estudiante atleta simultáneamente.**

**INSTRUCCIONES:**

- Ir a [austinisd.rankonesport.com](http://austinisd.rankonesport.com) o escanear el código QR a conti
- Ingrese el número de identificación y el nombre de su estudiante tal como aparece en su boleta de calificaciones
- Hay dos formas electrónicos separados para completar: información de contacto y formas de UIL
- Lea, complete, y firme electrónicamente las dos formas
- Imprima una copia de las formas solo para sus registros, si lo desea. No envíe copias impresas de materiales en línea
- Complete el examen físico con su médico y regrese con el historial médico y la página física, y la tarjeta de emergencia arriba, al funcionario escolar designado



Does the student receive medication on a regular basis?  
If yes, list medication(s) and frequency below.

**LIST OF MEDICATIONS AND FREQUENCY**

---



---



---



---

Does the student have any allergies to any medication(s)?  
If yes, list medication(s) below.

**LIST OF ALLERGIES**

---



---



---



---

**Medical History:** Please list the month and year for any medical conditions, injuries and surgeries, fractures or other chronic problems.

DATE	DESCRIPTION

Nombre De Estudiante \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre de padre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

A que lugar va el estudiante cuando esta enfermo?

- Doctor Privado, Nombre Y Numero del Doctor \_\_\_\_\_
- Clinica, Nombre Y Numero de la Clinica \_\_\_\_\_
- Sala De Emergencias
- No voy a ningun lugar
- Otro

Porfavor controlar la clase de aseguranza del estudiante:

Ninguna ase- guranza	MAP	Sliding Fee Scale	Medicaid	CHIP	ACA/ asegu- ranza privada	Aseguranza accidental de estudiante

Le gustaria informacion sobre Aseguranza accidental de estudiante? Si o No.

Visite este sitio web para mas informacion y poder comprar cobertura de seguro adicional.  
www.thebrokeragestore.com. Precios varean en precios de \$120 a \$325 para cobertura de atleta.  
Aparte del la cobertura del distrito una cobertura de atleta por una tarifa, le gustaria mas informacion sobre  
aseguranza de salud como MAP, Medicain, CHIP o ACA? Si o No. Si apruva el si, se le mandaria mas  
informacion por el Centro de Recusos familiars.