

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD)
HOJA DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ATLETISMO

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

Si su respuesta es "SI", por favor explique en una hoja por separado. Circule las preguntas de las que no conoce la respuesta. Si respondió SI a las preguntas 1, 2, 4, 5, ó 6, es probable que requiera mayor evaluación médica y podría estar sujeto a un examen médico. Es necesario contar con una nota médica permitiéndole su participación en prácticas, juegos o torneos de la Liga Interacadémica Universitaria.

<p>1. ¿Has tenido enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general? Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Has estado en hospital, de un día para otro, el año pasado? ¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él? ¿Has tenido dolor del pecho durante un ejercicio o después de él? ¿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 cardíaco? ¿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 tu familia le han diagnosticado corazón crecido, (dilatado cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de largo QT, or other ion channelopathy (Brugada síndrome, etc.) síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco 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? (explícalo 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? 7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas, o usando inhalador? 8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, a medicina, a alimento o a picadura de insecto)? 9. ¿Te has mareado durante un ejercicio o después de él? 10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)? 11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor? 12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?</p>	<p>13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio? ¿Tienes asma? ¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico? Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Codo</td> <td><input type="checkbox"/> Muslo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Rodilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Muñeca</td> <td><input type="checkbox"/> Espinilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pecho</td> <td><input type="checkbox"/> Mano</td> <td><input type="checkbox"/> Pantorrilla</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Dedo</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suprabrazo</td> <td><input type="checkbox"/> Cadera</td> <td><input type="checkbox"/> Pie</td> </tr> </table> <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)? Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Has sufrido alguna vez luxación, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones? ¿Usted ha tenido otro perno o hinchazón del wiht de los problemas en músculos, tendones, huesos, o empalmes? Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo: 16. ¿Quieres subir o bajar de tu peso actual? ¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte? 17. ¿Te sientes tenso(a)? 18. ¿Alguna vez te han diagnosticado o atendido por rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz?</p> <p>SOLO MUJERES:</p> <p>19. ¿Cuándo tuviste tu primera regla? _____ ¿Cuándo ocurrió tu regla (menstruación) más reciente? _____ ¿Cuánto tiempo pasa del principio de una regla al principio de la siguiente? _____ ¿Cuántas reglas tuviste el año pasado? _____ ¿Cuál fue el mayor tiempo entre dos reglas el año pasado? _____</p>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Espinilla	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo																	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla																	
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Espinilla																	
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla																	
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo																	
<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie																	

Si el individuo contesta afirmativamente alguna de las preguntas en relación a un posible problema cardiovascular (pregunta número cinco), como se indica en la solicitud, dicho individuo será limitado en su participación hasta que sea examinado y aprobado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera.

Explique Sus Respuestas _____

Circule todos los deportes en los que el estudiante tiene permitido participar:

Futbol Voleibol Beisbol Lucha Libre Basquetbol Golf Soccer Softbol Tennis a Campo Traviesa Pista y Campo Natacion y Clavados

Yo por la presente, indico eso, según mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son complete y correcto. El fracaso para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas or el UIL. Nuestras firmas indican que hemos leído, entendido y aceptamos el documento por completo, así como el Historial Médico, el Acuerdo de Consumo de Esteroides, el Reglamento de la Liga Interacadémica Universitaria y el Manual de Información para los Padres de Familia.

Firma del Estudiante: _____ **Firma del Padre/ Madre/Custodio:** _____ **Fecha:** _____

Esta forma debe estar en el archivo antes de la participacion en cualquier practica se pelea o refuta, durante o despues de la escuela.

FOR SCHOOL USE ONLY

This Medical History Form was reviewed by:

Doctor/Trainer Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Requisito de examen físico

Es necesario presentar un examen físico anual para participar en las actividades de atletismo de AISD. Este examen deberá estar fechado después del 15 de Abril y será válido por un año escolar. Cualquier examen físico será válido por un año escolar sin importar la fecha del examen. El departamento de atletismo de AISD estará ofreciendo exámenes físicos gratis en Mayo. Contacté a su entrenador para más información acerca de estos exámenes físicos.

Reglas Generales De Elegibilidad De La U.I.L.

De acuerdo con los estándares de la UIL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en actividades interescolásticas si ellos:

- no tienen o no son mayores de 19 años de edad en o antes del 1° de septiembre del año escolar actual. (Ver excepción para discapacitados en la Sección 504.)
- no se han graduado de la escuela secundaria (high school).
- se han inscrito antes o en el sexto día de clases del año escolar actual y han asistido a la escuela durante quince días inmediatamente antes de una competencia varsity.
- son estudiantes de tiempo completo en la secundaria participante.
- inicialmente se matricularon en el noveno grado hace no más de cuatro años escolares.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar (La residencia de los padres se aplica sólo a la elegibilidad de atletismo varsity.) Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: tiene una asistencia continua de por lo menos un año escolar y no se ha inscrito en otra escuela; no se da ningún incentivo al estudiante para que asista a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar por vivienda y hospedaje cuando no viven con un familiar; los estudiantes que tengan que conducir para llegar al distrito escolar deben costear su propia transportación); si no incurre una violación de las pólizas de la escuela local o de TEA el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas (Texas Youth Commission) están amparados bajo la Residencia de Custodia (Custodial Residence). [Ver Sección 442 del documento Constitución y Reglas de Competencia (Constitution and Contest Rules).
- han cumplido con las estipulaciones o condiciones de la Regla de Premios (Awards Rule).
- no han representado a un colegio u universidad en alguna competencia.
- no han sido reclutados. (No se aplica al reclutamiento colegial según lo permite la ley.)
- no han violado ninguna de las condiciones de las reglas del campamento de verano. Los estudiantes recién inscritos en los grados del 10 al 12 no deben asistir a un campamento de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié o voleibol donde un entrenador del séptimo al doceavo grado de su misma zona de asistencia del distrito escolar trabaja, enseña, o inscribe a los estudiantes en el campamento. Los estudiantes que se inscribirán en los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a un campamento de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié, softball y voleibol en el cual un entrenador de su misma zona de asistencia del distrito escolar es empleado por no más de seis días consecutivos cada verano y en cada tipo de campamento deportivo. Los campamentos de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié, softball y voleibol en los cuales el personal escolar trabaja con sus propios estudiantes pueden llevarse a cabo en mayo (después del último día de clases), junio, julio y agosto (antes del segundo lunes de agosto). Si dichos campamentos son patrocinados por el personal del distrito escolar, éstos deben realizarse dentro de los límites del distrito escolar y el superintendente o su representante deben aprobar el horario de cuotas.
- han cumplido con todas las condiciones del Reglamento de Atletismo Aficionado (Athletic Amateur Rule). Los estudiantes no deberán aceptar dinero o cualquier otra gratificación o recompensa de valor (propiedad tangible o intangible; servicio que incluya cualquier cosa que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por su participación en cualquier deporte atlético durante cualquier parte del año. Los atletas no deberán permitir que sus nombres se usen para la promoción de cualquier producto, plan o servicio. Los estudiantes que inadvertidamente violen la regla de atletismo aficionado al aceptar alguna gratificación de valor pueden volver a ser elegibles una vez que devuelvan dicha gratificación. Si los individuos devuelven la gratificación de valor dentro de los 30 días después de haber sido informados de la violación a la regla, recibirán de nuevo elegibilidad atlética después de devolver lo recibido. Si NO devuelven lo recibido dentro de los 30 días, seguirán siendo inelegibles por un año después del día en que aceptaron la gratificación de valor. Durante el período de tiempo desde que los estudiantes recibieron la gratificación de valor hasta el día en que la devuelvan, son inelegibles para participar en competencias atléticas varsity del deporte en el cual ocurrió la violación a la regla. La pena mínima por participar en una competencia mientras se es inelegible es la pérdida automática de la competencia.
- no se trasladaron a otra escuela por razones o propósitos de atletismo.

COBERTURA DEL SEGURO DE ATLETISMO

El Distrito Escolar de Austin ofrece una póliza de seguro adicional para todos los participantes de la Liga Interacadémica Universitaria de secundaria y preparatoria durante su participación en alguna actividad permitida por la Liga, antes, durante y después de la escuela y durante su traslado al lugar de dicha actividad. Este seguro suplementario requiere primero la cobertura de su seguro primario. Después de que su seguro primario llegue a los límites establecidos por su póliza, los padres pueden llenar una solicitud para el reembolso de facturas médicas sin rebasar el límite establecido por el plan del seguro suplementario. Si ustedes no cuentan con un seguro médico personal, el plan suplementario puede usarse para cubrir las deudas médicas, pero sólo hasta alcanzar el límite establecido por la póliza. Ni Austin ISD ni el proveedor del seguro pagarán 100% de los costos incurridos en un accidente. Si usted no cuenta con un seguro personal para su hijo(a), le sugerimos que considere comprar una cobertura extendida para ellos. Austin ISD ofrece pólizas de seguro médico para estudiantes y padres al principio de cada año escolar.

MANUAL DE INFORMACIÓN PARA PADRES DE LA LIGA INTERACADÉMICA UNIVERSITARIA

El Departamento de Atletismo del Distrito Escolar de Austin requiere brindarle acceso al Manual de Información para Padres. Dicho manual se encuentra en la página de Internet de la Liga Interacadémica Universitaria en la sección de Atletismo. La página de internet es www.uil.utexas.edu. Puede solicitar una copia de este manual en la Oficina de Atletismo. Usted debe leer y aceptar los términos de este manual.

PERMISO DEL PADRE/MADRE/CUSTODIO LEGAL

- Doy por éste medio mi consentimiento para que el estudiante antedicho compita en los deportes aprobados por la Liga Interacadémica de la Universidad y viaje con el entrenador ó cualquier otro representante de la escuela en cualquier viaje.
- 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.
- He leído y entiendo las reglas de la UIL enumeradas en éste documento y convengo que mi hijo(a) seguirá todas las reglas impuestas por la UIL.
- También acuerdo ser responsable por el retorno seguro de todo el equipo atlético entregado por la escuela a mi hijo y pagaré el equipo que haya sido extraviado, robado ó dañado.
- Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento médico 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; y 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. Tu firma abajo dá la autorización que es necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores atléticos, enfermeras, entrenadores, los médicos asociados y el personal del seguro del estudiante compartan la información referente al diagnóstico médico y al tratamiento del estudiante.
- He leído la información acerca del uso de esteroides y acuerdo que como pre-requisito de participación en cualquier actividad atlética de UIL debo abstenerme del uso ilegal de esteroides. Entiendo que la falta de proporcionar la información exacta y veraz podría sujetar al estudiante en cuestión a las penas según lo determinado por la UIL.
- He sido proveído con el Manual De Información a Padres de la UIL acerca de problemas de salud y seguridad y mis responsabilidades.
- Acepto por éste medio que mis respuestas a las preguntas en la forma del Historial Médico están completas y correctas al mejor de mi conocimiento. 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.

School coaches may not:

- Transport, register or instruct students in grades 7-12 from their attendance zone in non-school baseball, basketball, football, soccer, softball, or volleyball camps (exception: school coaches may hold one 6-day camp in their school district for incoming 7th, 8th and 9th grade students).
- Give any instructions or schedule any practice for an individual or team during the off-season except during the one in school day athletic period in baseball, basketball, football, soccer, softball or volleyball.
- Schools and school booster clubs may not provide fund, fees or transportation for non-school activities.

University Interscholastic League

Parent and Student Agreement/Acknowledgement Form Anabolic Steroid Use and Random Steroid Testing

- Texas state law prohibits possessing, dispensing, delivering or administering a steroid in a manner not allowed by state law.
- Texas state law also provides that body building, muscle enhancement or the increase in muscle bulk or strength through the use of a steroid by a person who is in good health is not a valid medical purpose.
- Texas state law requires that only a licensed practitioner with prescriptive authority may prescribe a steroid for a person.
- Any violation of state law concerning steroids is a criminal offense punishable by confinement in jail or imprisonment in the Texas Department of Criminal Justice.

STUDENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

As a prerequisite to participation in UIL athletic activities, I agree that I will not use anabolic steroids as defined in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol. I have read this form and understand that I may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in my body, and I do hereby agree to submit to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my high school as specified in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol which is available on the UIL website at www.uil.utexas.edu. I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject me to penalties as determined by UIL.

Student Name (Print): _____ Grade (9-12) _____

Student Signature: _____ Date: _____

PARENT/GUARDIAN CERTIFICATION AND ACKNOWLEDGEMENT

As a prerequisite to participation by my student in UIL athletic activities, I certify and acknowledge that I have read this form and understand that my student must refrain from anabolic steroid use and may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in his/her body. I do hereby agree to submit my child to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my student's high school as specified in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol which is available on the UIL website at www.uil.utexas.edu. I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject my student to penalties as determined by UIL.

Name (Print): _____

Signature: _____ Date: _____

Relationship _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP _____/_____/_____ (_____/_____, ____/_____)
brachial blood pressure while sitting

Vision R 20/____ L 20/____ Corrected: Y N Pupils: Equal _____ Unequal _____

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high athletic participation and again prior to first and third years of high school athletic participation. It **must** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's **MEDICAL HISTORY FORM** on the reverse side.
***Local district policy may require an annual physical exam.**

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
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)			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

CLEARANCE

*station-based examination only

Cleared
 Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

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.

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 games/matches.