

VIRGINIA HIGH SCHOOL LEAGUE, INC.  
1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911



**Participación Atlética / Consentimiento Paternal / Forma de Examen Física**

L'examen séparé est exigé pour chaque année scolaire le 1 mai de l'année actuelle jusqu'au 30 juin de l'année réussissante.

Pour l'École **PARTIE I - PARTICIPATION ATHLÉTIQUE** Mâle \_\_\_\_\_  
 Année- \_\_\_\_\_ (Pour être rempli et signé par l'étudiant) Femelle \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_ Étudiant I.D \* \_\_\_\_\_  
 Premier Milieu (Dernier Initial)

Adresse personnelle: \_\_\_\_\_

Ville/Code postal: \_\_\_\_\_

Adresse personnelle de Parents: \_\_\_\_\_

Ville/Code postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Este es mi \_\_\_\_\_ semestre en \_\_\_\_\_ Escuela secundaria, y mi \_\_\_\_\_ semestre desde entrar primero en el noveno grado .

El semestre pasado asistí \_\_\_\_\_ escuela y pasado \_\_\_\_\_ les sujets de crédit et je prends \_\_\_\_\_ sujets de credit ce semester. He leído las reglas de elegibilidad individuales condensadas de la Liga de Escuela Secundaria de Virginia que aparecen abajo y creen. que soy elegible para representar mi escuela secundaria presente en el atletismo.

**REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUALES**

Ser elegible para representar su escuela en cualquier competición atlética interescolástica VHSL, usted -

- debe ser un estudiante auténtico regular en la posición buena de la escuela que usted representa
- debe ser matriculado en los cuatro años pasados de la escuela secundaria. (Los estudiantes del octavo grado pueden ser elegibles para la Universidad menor.)
- debe haberse matriculado no más tarde del quince día del semestre corriente.
- para el primer semestre debe ser matriculado actualmente en no menos de cinco sujets, o su equivalente, ofrecido para el crédito y que puede ser usado para la graduación y ha pasado cinco sujets, o su equivalente, ofrecido para el crédito y que puede ser usado para la graduación el año inmediatamente precedente o el semestre inmediatamente precedente para escuelas que certifican créditos en una base de semestre. (Control con su principal para exigencias equivalentes). **Puede no repetir cursos para objetivos de elegibilidad los objetivos para los cuales el crédito ha sido antes concedido.**
- para el segundo semestre debe ser matriculado actualmente en no menos de cinco sujets, o su equivalente, ofrecido para el crédito y que puede ser usado para la graduación y ha pasado cinco sujets, o su equivalente, ofrecido para el crédito y que puede ser usado para la graduación el semestre inmediatamente precedente. (Control con su principal para exigencias equivalentes.)
- El • debe sentar todo el concurso VHSL para 365 días naturales consecutivos después de transferencia escolar a menos que la transferencia correspondiera a un movimiento de familia. (Control con su principal para excepciones.)
- El • no debe haber alcanzado su diecinueve cumpleaños en o antes del primer día de agosto del año escolar corriente. no debe, después de entrar en el noveno grado por primera vez, haber sido matriculados en o ser elegible para la inscripción en la escuela secundaria más de ocho semestres consecutivos.
- El • debe haberse rendido a su principal antes de cualquier clase de la participación, incluso pruebas o práctica como un miembro de cualquier escuela atlética o el equipo de cheerleading, una Participación Atlética / el Consentimiento Paternal / la Forma de Examen Física, completamente relleno y atestiguación correctamente firmada que usted ha sido examinado durante este año escolar y encontrado para ser físicamente adecuado para el concurso atlético y que sus padres consienten en su participación.
- El • no debe estar en la violación de Aficionado VHSL, Premios, Todas las Reglas de Equipo de Colegio o Estrella. (Control con su principal para aclaración en cuanto a cheerleading.)

La elegibilidad para participar en el atletismo interescolástico es un privilegio que usted gana encontrándose no sólo el susodicho - estándares mínimos puestos en una lista, sino también todos otros estándares puestos por su Liga, distrito y escuela. Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a su elegibilidad o está en la duda sobre el efecto una actividad podría tener en su elegibilidad, **comprobar con su principal interpretaciones y excepciones proporcionadas conforme a reglas de Liga.** La reunión de la intención y el espíritu de estándares de Liga prevendrá usted, su equipo, escuela y comunidad de ser castigado. Además, doy mi consentimiento y aprobación para mi cuadro y nombre para ser imprimido en cualquier escuela secundaria o programa atlético VHSL, publicación o vídeo.

**DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y DISTRITOS VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A AQUELLOS PUESTOS EN UNA LISTA ENCIMA.**

Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El suministro de la información falsa causará la falta de cualificación durante un año.**

**PARTE II -- HISTORIA MEDICA**

**Esta forma debe ser completada y firmada, antes del examen físico, para la revisión examinando al médico. Explique "SI" respuestas abajo con el número de la pregunta. Preguntas de círculo usted no sabe las respuestas a.**

HISTORIA MÉDICA DE ESTUDIANTE Y FAMILIA		SI	NO	HISTORIA MÉDICA DE ESTUDIANTE Y FAMILIA		SI	NO
1. Hace negar a un doctor alguna vez o restringió su participación en ¿deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		32. ¿Tiene usted alguna erupción, llagas de presión, u otros problemas de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haga usted tiene una condición médica en curso (como la diabetes o ¿asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33. ¿Ha tenido alguna vez usted la infección de piel de herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Son usted actualmente tomando cualquier prescripción o no prescripción ¿(sobre el contador) medicinas o píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		34. ¿Ha tenido alguna vez usted una herida principal o la conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Haga usted tiene alergias a medicinas, polen, comida o mordaz ¿insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		35. Fecha de última herida principal o conmoción cerebral: Fecha: _____			
5. Tiene usted prescripciones para el uso de epinephrine, adrenalina, inhalador, u otras medicaciones de alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		36. Le tienen golpe alguna vez sido en la cabeza y sido aturrido o ¿perdido su memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha pasado alguna vez usted o casi ha pasado durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		37. ¿Ha sido golpeado alguna vez usted inconsciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha pasado alguna vez usted o casi ha pasado en algún otro tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38. ¿Ha tenido alguna vez usted un asimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Ha tenido alguna vez usted la incomodidad, el dolor, o la presión en su pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		39. ¿Tiene usted dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ha tenido que alguna vez usted dejar de perseguir ¼ a ½ ¿la milla para el pecho duele o falta de aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		40. Tienen usted alguna vez tenía un entumecimiento, el hormigueo, o la debilidad en ¿sus armas o piernas siendo golpeado o cayéndose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Compite su corazón o salta latidos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		41. Le tienen alguna vez sido incapaz de mover sus armas o piernas ¿siendo golpeado o cayéndose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Hace decir a un doctor alguna vez usted que usted tiene (compruebe todo lo que se aplica): <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Un soplo de corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección de corazón				42. ¿Ejerciendo en el calor, tiene usted calambres de músculo severos o enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Ha pedido alguna vez un doctor una prueba para su corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		43. ¿Le ha dicho un doctor que usted o alguien en su familia tienen el rasgo de célula de hoz o la anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Tiene alguien en su familia no murió de repente por ninguna razón aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		44. ¿Ha tenido usted algún otro desorden de sangre o la anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ¿Alguien en su familia tiene un problema de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		45. ¿Ha tenido usted algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Tiene a algún miembro de familia o el pariente murió de problemas de corazón o muerte repentina antes de la edad 50? (Este no incluye la muerte por accidente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		46. ¿Lleva puestas usted gafas o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ¿Alguien en su familia tiene el síndrome Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		47. ¿Lleva puesto usted eyewear protector, como anteojos o un escudo de cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. ¿Ha gastado alguna vez usted la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		48. ¿Usted es feliz con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿Ha tenido alguna vez usted la cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		49. ¿Trata usted de ganar o perder el peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. ¿Ha tenido alguna vez usted una herida, como un esguince, músculo o rasgón de ligamento, o tendonitis que hizo que usted perdiera una práctica o el juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50. ¿Limita usted o con cuidado controla qué usted come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. ¿Ha tenido usted algún hueso roto o fracturado o ha dislocado uniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		51. ¿Ha recomendado alguien que usted cambie su peso o hábitos de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. ¿Ha tenido usted un hueso o la herida conjunta que requirió rayos X, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, una abrazadera, un molde, o muletas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		52. ¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría hablar con un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. ¿Ha tenido alguna vez usted una fractura de tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		53. ¿Cuál es la fecha de su última inmunización de Tétanos? Fecha: _____			
23. ¿Ha tenido alguna vez usted un rayo X de su cuello para la inestabilidad atlanto-axial? ¿O le han dicho alguna vez que usted tiene aquel desorden o algún problema de cuello/espina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>HEMBRAS SÓLO</b>			
24. ¿Usa con regularidad usted una abrazadera o el dispositivo asistive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		54. ¿Ha tenido alguna vez usted un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez usted con el asma u otros desórdenes alérgicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		55. ¿La edad cuándo usted tenía su primer período menstrual?			
26. ¿Tose usted, respira con dificultad, o tiene la dificultad que respira durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		56. ¿Cuántos períodos ha tenido usted en los 12 meses pasados?			
27. ¿Hay allí alguien en su familia que tiene el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		57. ¿Toma usted un suplemento de calcio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. ¿Ha usado alguna vez usted un inhalador o ha tomado la medicina de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Explique "SI" respuestas aquí:</b>			
29. ¿Fue nacido usted sin o pierde usted un riñón, un ojo, un testículo, o algún otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
30. ¿Ha tenido usted la mononucleosis infecciosa (mono) dentro de los tres meses pasados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
31. Tienen usted alguna vez tenía mono o cualquier enfermedad que dura más que ¿dos semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Firma de Padre/Guarda: \_\_\_\_\_ La Firma del Atleta: \_\_\_\_\_



### PART III – PHYSICAL EXAMINATION

(Physical examination is required each school year after May 1 of the preceding school year and is good through June 30<sup>th</sup> of the current school year)\*\*

NAME: \_\_\_\_\_ SCHOOL: \_\_\_\_\_

HEIGHT: _____	WEIGHT: _____	SEX: _____	AGE: _____	DOB: _____	
*Tanner Stage or Maturation Index: (males only) _____			BP: _____		
*Percent Body Fat: _____			Pulse: *(rest) _____		
*Audiogram _____			*(Exercise) _____		
*Vision: Corrected (L) _____ (R) _____ (Both) _____			*(Recovery) _____		
Uncorrected (L) _____ (R) _____ (Both) _____			*FEV or Peak Flow (rest) _____		
			*(Exercise) _____		
			*(Recovery) _____		
	N	ABNORMAL		N	ABNORMAL
Eyes			Cervical Spine/neck		
Ears			Back		
Nose			Shoulders		
Throat			Arm/elbow/wrist/hand		
Teeth			Knees/hips		
Skin			Ankle/feet		
Lymphatic			Marfan Screen		
Lungs			*Urine		
Heart			*Hemoglobin or HCT and or Iron stores		
Peripheral pulses			^Echocardiogram		
Abdomen			^Neuropsych Testing		
Genitalia/hernia (male only)			^Pelvic Examination		

**\*WHEN MEDICALLY INDICATED**

(Physician judgment based on history, exam, and knowledge of other recent physical and laboratory evaluations)

**^WITH SPECIAL INDICATIONS**

(These studies may be recommended to the athlete because of history or physical findings and may or may not be required before making participation decision.)

**I have reviewed the data above, reviewed his/her medical history form and make the following recommendations for his/her participation in athletics.**

- CLEARED WITHOUT RESTRICTIONS**
- Cleared **AFTER** further evaluation or treatment for: \_\_\_\_\_
- Cleared for **Limited participation** (check and explain "reason" for all that apply):
  - Not cleared for (specific sports) \_\_\_\_\_
  - Cleared only for (specific sports) \_\_\_\_\_
 Reason(s): \_\_\_\_\_
- NOT CLEARED FOR PARTICIPATION:** \_\_\_\_\_
  - Reason(s): \_\_\_\_\_
- Other Recommendations: \_\_\_\_\_
  - Recommend close monitoring during early conditioning because of weight/fitness/other
  - Recommend restrictions or monitoring of weight loss or gain
  - Other \_\_\_\_\_
 Reason(s): \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ \* M.D. Date of Examination\*\* \_\_\_\_\_  
 \*(MD, DO, LNP, PA)

Date Signed: \_\_\_\_\_

Examiner's Name and degree (print): \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_



**PART IV - RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGUROS**

(Para ser completado y firmado por padre/guarda)

Doy el permiso para \_\_\_\_\_ (el nombre del niño/sala) para participar en cualquiera de los deportes siguientes que no son tachados: el béisbol, el baloncesto, cheerleading, el país enfadado, el hockey sobre hierba, el fútbol, el golf, la gimnasia, el lacrosse, el fútbol, el béisbol, la natación/salto, el tenis, la pista, el balonvolea, la lucha libre, otro (identifican deportes)

He examinado las reglas de elegibilidad individuales y soy consciente lo que con la participación en deportes viene el riesgo de herida a mi niño/sala. Entiendo que el grado de peligro y la seriedad del riesgo varía considerablemente de un deporte al otro con deportes de contacto que llevan el riesgo más alto. He tenido una oportunidad de entender el riesgo inherente en deportes por reuniones, folletos escritos, o algunos otros medios. Él/ella tiene el seguro de accidentes de estudiante disponible por la escuela (sí no); tiene la cobertura de seguro de participación atlética por la escuela (sí no); es asegurado por nuestra política de familia con :

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_

Número de Política: \_\_\_\_\_ Nombre de Sostenedor de Política: \_\_\_\_\_

Soy consciente que la participación en deportes implicará viajes con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes en el deporte y con los viajes implicados y con este conocimiento en mente, concedo el permiso para mi niño/sala participar en el deporte y viajes con el equipo.

Por esta firma, por este medio consiento para permitir que el médico (s) y otro abastecedor (es) de asistencia médica seleccionado solo o la escuela realizara un examen de preparticipación en mi niño y proporcionara el tratamiento por cualquier herida o condición que resulta de participar en el atletismo/actividades para su/su escuela durante el año escolar cubierto por esta forma. Adelante consiento para permitir dijeron el médico (s) o el abastecedor (es) de cuidado de brezal compartir la información apropiada acerca de mi niño que es relevante a la participación en el atletismo y actividades con entrena y otro personal escolar como juzgado necesario.

Además doy mi consentimiento y aprobación para cuadro del susodicho estudiante llamado y nombre para ser imprimido en cualquier escuela secundaria o programa atlético VHSL, publicación o vídeo.

**PARTE V - FORMA DE PERMISO DE EMERGENCIA**

(Para ser completado y firmado por padre/guarda)

**NOMBRE DE ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **DE GRADO** \_\_\_\_\_

**ESCUELA SECUNDARIA** \_\_\_\_\_ **CIUDAD** \_\_\_\_\_

Por favor ponga cualquier problema de salud significativo en una lista que podría ser significativo a un médico que evalúa a su niño en caso de una emergencia

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

Por favor ponga cualquier alergia en una lista a medicaciones, etc. \_\_\_\_\_

¿Ha sido prescrito el estudiante un inhalador o epipen? \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente el estudiante la medicación? \_\_\_\_\_ ¿De ser así, qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Lleva puestas el estudiante lentes de contacto? \_\_\_\_\_ Por favor ponga la fecha en una lista del último tiro de tetanus \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA:** Tal como resultó después no puedo ser alcanzado en una emergencia, por este medio doy el permiso a médicos seleccionados por entrenar y el personal \_\_\_\_\_ de Escuela Secundaria para hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado por y pedir la inyección y/o la anestesia y/o la cirugía para la persona nombró anteriormente.

Número de teléfono de día (donde alcanzarle en emergencia) \_\_\_\_\_

Número de teléfono de tiempo de la tarde (donde alcanzarle en emergencia) \_\_\_\_\_

Firma de padre o guarda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación a estudiante \_\_\_\_\_

\*La Forma de Permiso de Emergencia puede ser reproducida para viajar con equipos respectivos y es aceptable para el tratamiento de emergencia de ser necesario.

Certifico que toda la susodicha información es correcta \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guarda