

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Asociación Atlética Inter-escolar de Wisconsin – Tarjeta de Permiso Atlético

(Escriba en Imprenta)

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN DEPORTES INTERESCOLARES DEBEN TENER ESTA TARJETA EN ARCHIVO EN SU ESCUELA ANTES DE PRACTICAR O PARTICIPAR. El examen físico tomado 01 de abril ya partir de entonces es válida para los dos años escolares siguientes; examen físico recibido antes del 1 de abril es válida sólo para el resto de ese año escolar y el siguiente año escolar.

Apellido _____ Nombre _____ (inicial del segundo nombre) _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo asignado al nacimiento (F, M o intersexual) _____ Grado _____ Escuela _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

Medically eligible for certain sports

Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical exam findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of health care professional (Print/Type) _____

SIGNATURE OF HEALTH CARE PROFESSIONAL (MD OR DO)/PA/APNP*: _____

Clinic Name _____

Address/Clinic _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Telephone _____ Date of Examination _____

* Physicians may authorize Nurse Practitioners to stamp this card with the physician's signature or the name of THE clinic with which the physician is affiliated.

Lugar de Empleo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre de Seguros Privados _____ Teléfono _____

Nombre de Asegurado Primario _____

Información de emergencia

Alergias _____

Medicamentos _____

Otra información _____

Inmunizaciones Están al día (una copia adjunta) No están al día - específica _____

(por ejemplo, el tétanos / difteria; paperas sarampión Rubéola; hepatitis A, B; influenza; poliomielitis; neumocócica; meningocócica; varicela)

1. Yo doy mi permiso al estudiante mencionado arriba para practicar y competir y representar a la escuela en WIAA deportes interescolares aprobados, excepto en los restringidos en esta tarjeta.
2. De conformidad con los requisitos de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 y los reglamentos promulgados en virtud del mismo (colectivamente conocidos como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de salud del estudiante arriba mencionado, incluyendo personal médico de emergencia y otros profesionales igualmente capacitados que pueden deber asistir a un evento o práctica interescolar, a revelar / intercambio de información médica esencial con respecto a la lesión y el tratamiento de este estudiante para el personal del distrito escolar apropiado tal como, pero no limitado a: director, director de Deportes, masajista deportivo, médico del equipo, Entrenador del equipo, Administrativo Asistente del director de Deportes y / u otros proveedores profesionales de atención de salud, a los efectos del tratamiento, la atención de emergencia y lesiones mantenimiento de registros.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ Fecha _____