

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION – ATHLETIC PERMIT CARD
Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin – Tarjeta Atlética de Permiso

NOMBRE (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección Actual _____ Teléfono _____
 Sitio de Trabajo de los Padres _____
 Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____
 Nombre del Seguro (Aseguradora) _____
 Número de Póliza y Dirección _____

1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA, a excepción de los restringidos en esta tarjeta
2. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
3. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN _____ Fecha _____

Preparticipation Physical Evaluation Evaluación Física de Pre-Participación
(Medical History to be Retained by Physician/Provider) (La Historia Médica quedará en manos del médico/proveedor)

PHYSICAL EXAMINATION / EXAMEN FISICO

NOMBRE (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial del Segundo) _____ Fecha de Nacimiento _____
 ESTATURA _____ PESO _____ %GRASA EN EL CUERPO (Opcional) _____ PULSO _____ PRESION SANGUÍNEA (BP) ____ / ____ (____ / ____ , ____ / ____)
 VISTA R 20 / _____ L 20 / _____ CORREGIDO: SI NO PUPILAS: IGUAL _____ DESIGUAL _____

	NORMAL	ANOMALIAS ENCONTRADAS	INICIALES*
MEDICAL/ MEDICO			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nodos Linfáticos			
Corazón			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (Mascullnos Solamente)			
Piel			
MUSCULOESKELETAL / ESQUELETO Y MUSCULOS			
Cuello			
Espalda			
Hombros / Brazos			
Codo / Antebrazo			
Muñeca / Mano			
Cadera / Muslo			
Rodillas			
Pierna / Tobillo			
Pie			

CLEARANCE / AUTORIZACIÓN

*Examinación estacio'n-basada solamente

Autorizado Autorizado después de completada la evaluación/ rehabilitación para: _____

No Autorizado por: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico o Asistente Médico _____ Fecha: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Firma del Médico: _____ Dr./ o Enfermera: _____