

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AUSTIN (AISD)  
2026-2027 FORMA DE PREPARTICIPACIÓN**

ESCUELA (26-27)

APELLIDO, NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ID DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO, PRESENTACIÓN O COMPETENCIA ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA, INCLUYENDO UN PERIODO DEPORTIVO.

| EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN – HISTORIA MÉDICA   |   | YES                      | NO                       |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| <i>Explique las respuestas "SI" en el cuadro a continuación**</i>  |   |                          |                          |
| 1  | ¿Ha tenido una enfermedad o lesión médica desde su último chequeo o examen físico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | ¿Ha estado hospitalizado durante la noche durante el último año?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez te han operado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | ¿Alguna vez le han realizado pruebas del corazón ordenadas por un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha tenido el corazón acelerado o se le han saltado los latidos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otra canalopatía iónica (síndrome de Brugada, etc.), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades por algún problema cardíaco?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha quedado inconsciente, ha perdido el conocimiento o ha perdido la memoria?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Qué tan grave fue cada uno? (Explique a continuación)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento u hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Alguna vez ha tenido un aguijón, un ardor o un nervio pinzado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | ¿Te falta algún órgano emparejado?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | ¿Está usted bajo atención médica por una enfermedad, lesión o afección médica específica?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento o pastilla con o sin receta (sin receta)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, a alimentos o a insectos que pican)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Tiene alergias estacionales que requieren tratamiento médico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Se requiere un epipen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | ¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después del ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10   | ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullido, acné, verrugas, hongos)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11   | ¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12   | ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu visión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13   | ¿Alguna vez te ha faltado el aire inesperadamente al hacer ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Tienes asma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Le recetaron un inhalador?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Utiliza algún equipo o dispositivo especial de protección o corrección que no se utiliza habitualmente para su actividad o posición (por ejemplo: rodillera, soporte especial para el cuello, ortesis para los pies, retenedor en los dientes, audífono)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14   | ¿Alguna vez ha tenido un esguince, una distensión o una hinchazón después de una lesión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Ha tenido otros problemas de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique a continuación:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | _____ Cabeza _____ Codo _____ Cadera _____ Cuello _____ Antebrazo _____ Muslo _____ Espalda _____ Muñeca _____ Rodilla<br>_____ Pecho _____ Mano _____ Espinilla/Pantorrilla _____ Hombro _____ Dedo _____ Tobillo _____ Brazo _____ Pie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16   | ¿Quieres pesar más o menos que ahora?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Te sientes estresado?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18   | ¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | ¿Tiene alguna otra afección médica no mencionada anteriormente (por ejemplo, diabetes, enfermedad de la tiroides, trastornos inmunológicos, trastornos hemorrágicos, TDAH, trastornos de salud mental, etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sólo mujeres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero la discutiré con un profesional médico. <input type="checkbox"/>   |   |                          |                          |
|  | ¿Cuándo fue tu primera menstruación? _____  |                          |                          |
|  | ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente? _____  |                          |                          |
| 20   | ¿Cuánto tiempo sueles tener desde el inicio de un período hasta el inicio de otro? _____  |                          |                          |
|  | ¿Cuántos períodos has tenido en el último año? _____  |                          |                          |
|  | ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos en el último año? _____  |                          |                          |
| Solo hombres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 21, pero la discutiré con un profesional médico. <input type="checkbox"/>   |   |                          |                          |
| 21   | ¿Le falta un testículo? _____ ¿Tiene alguna hinchazón o masa testicular? _____  |                          |                          |
| <b>OPCIONAL: No es necesario un (ECG) electrocardiograma.</b><br><input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre exámenes cardíacos en el Formulario de Certificación sobre paro cardíaco súbito de la UIL. |   |                          |                          |
| EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN (adjunte otra hoja si es necesario):  |   |                          |                          |

| PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION - PHYSICAL EXAMINATION  |        |                     |          |
|--|--------|---------------------|----------|
| All students participating in athletics, marching band, cheerleading, drill team, and dance will be required to obtain a new physical exam <b>dated after April 15, 2026</b> prior to participating in any practice or activity for the 2026-2027 school year.   |        |                     |          |
| MEDICAL  | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS   | INITIALS |
| 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 pulse  |        |                     |          |
| Pulses   |        |                     |          |
| Lungs  |        |                     |          |
| Abdomen  |        |                     |          |
| Genitalia (males only) if indicated  |        |                     |          |
| Skin   |        |                     |          |
| MUSCULOSKELETAL  | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS   | INITIALS |
| Neck   |        |                     |          |
| Back   |        |                     |          |
| Shoulder/Arm   |        |                     |          |
| Elbow/Forearm  |        |                     |          |
| Wrist/Hand   |        |                     |          |
| Hip/Thigh  |        |                     |          |
| Knee   |        |                     |          |
| Leg/Ankle  |        |                     |          |
| Foot   |        |                     |          |
| Marfan's Stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)   |        |                     |          |
| Height _____ Weight _____ %Body Fat (opt) _____ BP _____ / _____ / _____<br>(brachial blood pressure while sitting)  |        |                     |          |
| Vision R 20/ _____ L20/ _____ Corrected: Y N Pupils: Equal or Unequal Pulse _____  |        |                     |          |
| CLEARANCE (Please check one)   |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> Cleared (No restrictions)   |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> Cleared <b>AFTER</b> completing evaluation/rehabilitation for: _____  |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> <b>Not cleared for:</b> _____   |        |                     |          |
| Reasons: _____   |        |                     |          |
| Recommendations: _____   |        |                     |          |
| <small>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.</small> |        |                     |          |
| Name (print/type) _____  |        | Date of Exam: _____ |          |
| Address: _____   |        | Phone Number: _____ |          |
| Signature: _____   |        |                     |          |
| <small>Austin ISD requiere que cada participante tenga un examen físico anual con fecha posterior al 15 de abril de 2026 para ser elegible para el año escolar 2027.</small>   |        |                     |          |

Se entiende que, aunque los deportistas utilicen equipo de protección siempre que sea necesario, sigue existiendo la posibilidad de que se produzca un accidente. Ni la Liga Interscholar Universitaria ni el colegio asumen responsabilidad alguna en caso de que ocurra un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizo y consiento la atención y el tratamiento que pueda brindarle a dicho estudiante cualquier médico, entrenador deportivo, enfermera o representante de la escuela. Por la presente acepto indemnizar y salvar a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo por parte de cualquier persona a causa de dicha atención y tratamiento de dicho estudiante. Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, ocurriera alguna enfermedad o lesión que pueda limitar la participación de este estudiante, acepto notificar a las autoridades escolares de dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a sanciones determinadas por la UIL.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO, PRESENTACIÓN O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA**

\*\*\* PASOS FINALES \*\*\*

Envíe este formulario físico completo en línea y complete todos los demás formularios electrónicos requeridos en [AUSTINISD.RANKONE.COM](http://AUSTINISD.RANKONE.COM)

