

Escuela Junior High de St. Louis Park Inscripción Atlética Interescolar

Doy mi permiso para que _____ Grado _____
Participe en _____

Participe en actividades/juegos/reuniones, etc. planeadas, en St. Louis Park y en otros lugares con viajes supervisados que incluyan tomar autobuses a otras escuelas para competencias.

Entiendo que la Escuela Junior High de St. Louis Park sigue las reglas de la Liga de Escuelas Secundarias de Minnesota, que regula el uso de tabaco, droga y posturas académicas.

Entiendo que la Escuela Junior High de St. Louis Park no se hará responsable de gastos financieros que resulten de una herida accidental por participar en actividades atléticas.

Evaluación Física Pre-Participación

(Debe completarse por un padre y por el atleta)

Por favor responda a las siguientes preguntas con respecto al atleta

SI NO

- | | | |
|-------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | 1. ¿Alguna vez has estado internado en un hospital o has tenido una operación? |
| _____ | _____ | 2. ¿Estás tomando alguna medicación o pastillas actualmente? |
| _____ | _____ | 3. ¿Tienes alguna alergia (medicación, abejas, u otros insectos)? |
| _____ | _____ | 4. ¿Alguna vez te has desmayado, estado mareado, o tenido dolores de pecho después de hacer ejercicio? |
| _____ | _____ | 5. ¿Te cansas más rápido que tus amigos cuando haces ejercicio? |
| _____ | _____ | 6. ¿Alguna vez has tenido presión sanguínea alta? |
| _____ | _____ | 7. ¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo en el corazón, o has tenido pulso acelerado o saltado? |
| _____ | _____ | 8. ¿Alguien en tu familia ha muerto de problemas del corazón o de muerte repentina antes de los 50 años? |
| _____ | _____ | 9. ¿Tienes algún problema de piel (picazón, erupciones, acne)? |
| _____ | _____ | 10. ¿Alguna vez has tenido alguna herida en la cabeza, has quedado inconsciente por un golpe, o estado inconsciente? |
| _____ | _____ | 11. ¿Alguna vez has tenido un ataque apoplético? |
| _____ | _____ | 12. ¿Alguna vez has sufrido de puntadas musculares fuertes o has tenido un nervio presionado? |
| _____ | _____ | 13. ¿Alguna vez has tenido calambres por calor o musculares, o estado mareado o te has desmayado por el calor? |
| _____ | _____ | 14. ¿Tienes dificultades al respirar, o toses durante o después de hacer alguna actividad? |
| _____ | _____ | 15. ¿Utilizas algún equipo especial (almohadillas, aparatos de ortodoncia, rollos para el cuello, protector de boca o de ojos, etc.)? |
| _____ | _____ | 16. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vision? |
| _____ | _____ | 17. ¿Usas anteojos o lentes de contacto o algo para proteger los ojos? |
| _____ | _____ | 18. ¿Alguna vez te has dislocado, torcido, fracturado, roto o se te ha hinchado repetidas veces u otro tipo de herida en cualquier hueso u articulación? Si la respuesta es si, nombra el hueso o articulación _____ |
| _____ | _____ | 19. ¿Has tenido algún otro problema medico (por ejemplo, mononucleosis infecciosa, diabetes, etc.)? |
| _____ | _____ | 20. ¿Has tenido algún problema medico o herida desde tu última evaluación física? |

Por la presente doy fe de que, a mi conocimiento, las respuestas a las preguntas anteriores son correctas.

Firma del atleta _____ Fecha _____

Dirección del alumno _____

Firma del Padre/Tutor _____ N° tel _____

Para uso de la oficina

Cuota atlética \$ _____ efectivo/cheque
Autobús de la actividad \$ _____ pagado no se necesita _____ Pase Número _____

Fecha de la Evaluación Física _____ Temporada O I-1 I-2 V

Recibido por _____