

# GRANDVIEW CSD #4 ATHLETICS – instrucciones físicas del deporte



## **Bienvenido al perfil de Privit!**

Este documento proporciona instrucciones para completar las formas atléticas. La información se puede completar en tu móvil dispositivo, portátil, tablet o cualquier dispositivo conectado a internet.

## **PASOS PARA COMPLETAR LAS FORMAS ATLÉTICAS DENTRO DE PRIVIT PERFIL**

### **Paso 1: Registrar una cuenta de padres:**

**Como un padre o tutor, usted va a registrar una cuenta en tu nombre, entonces añadir su atleta a la cuenta y completar la información del deportista. Crear cuenta o entrar en el siguiente enlace <https://grandviewbulldogs-mo.e-PPE.com/index.jspa> seguir los siguientes pasos :**

1. En la página de inicio, haga clic en **registrar**.
2. Por favor registrarse con su nombre como uno de los padres, su dirección de correo electrónico y crear una contraseña de su elección. Cuando haya terminado, haga clic en **Sign Up**. (Si tienes varios miembros de la familia o si ya ha registrado a sí mismo, no necesita registrarse de nuevo). Luego irás a la página.

### **Paso 2: Añadir a Athlete(s) a tu cuenta:**

1. Página en la página de Inicio haga clic en el botón de **Añadir miembros** a la izquierda de la página. (Esto le permite agregar su atleta a su cuenta; y esta sección le permite agregar otros miembros de la familia si es necesario)
  - Haga clic en **Agregar miembros** a la izquierda de la página.
  - Introducir la atleta nombre (y apellido si es diferente), fecha de nacimiento y género.
  - Usted puede tomar para una pantalla de copia de datos. Si desea agregar a varios atletas esta función le permitirá copiar ciertos datos demográficos de un atleta a otro, para que usted no tiene que entrar una segunda vez. Si no desea copiar los datos, haga clic en **Cancelar** para volver a la página de inicio.
  - Ahora verá el atleta bajo miembros de la familia. Haga clic sobre la atleta **nombre**.

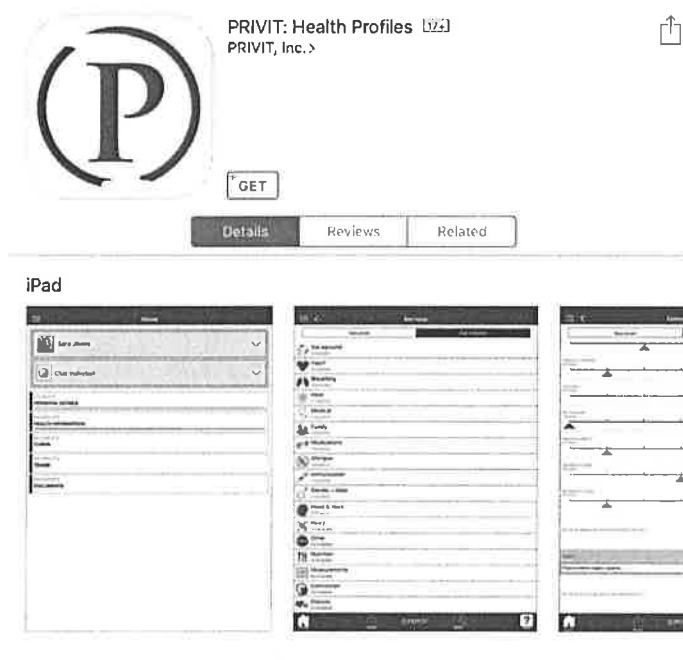
#### **Paso 4: Cargar documentos**

Después de que su físico se necesita subir el doctor firmada copia del formulario de despacho de forma física en su perfil de Privit. Para cargar un documento, siga estos pasos.

**IMPORTANTE – FÍSICA DEBE INCLUIR NOMBRE DEL ATLETA Y FECHA DE NACIMIENTO EN LA PARTE SUPERIOR Y FIRMA DEL MÉDICO Y LA FECHA EN LA PARTE INFERIOR!!! ATLETA NO SE BORRARÁ SI FALTA ESTA INFORMACIÓN!**

1. Haga clic en administrar documentos
2. Haga clic en subir documento
3. Seleccione el archivo, en este punto que se le pedirá para elegir un documento desde tu PC. Si está usando su teléfono celular para subir el documento, se le pedirá tomar una fotografía con la cámara del teléfono.
4. Elija el tipo de documento, forma física completa
5. Haga clic en cargar

### **DESCARGAR LA APLICACIÓN FOLLOWNG AL TELÉFONO**



**Si usted necesita ayuda con perfil de Privit, póngase en contacto con el centro de ayuda en 844-234-4357 o visite <https://support.privit.com>**

# PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name:	Date of Birth:
-------	----------------

**Physician Reminders:**

1. Consider additional questions on more sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplements?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Questions 5-14).

**EXAMINATION**

Height:	Weight:	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP: / ( / )	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/	Corrected: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<b>MEDICAL</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ABNORMAL FINDINGS</b>
----------------	---------------	--------------------------

Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span &gt; height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes/Ears/Nose/Throat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pupils equal</li> <li>• Hearing</li> </ul>		
Lymph Nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva)</li> <li>• Location of point of maximal pulse (PMI)</li> </ul>		
Pulses <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simultaneous femoral and radial pulses</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)**		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>• HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis</li> </ul>		
Neurologic***		

<b>MUSCULOSKELETAL</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ABNORMAL FINDINGS</b>
------------------------	---------------	--------------------------

Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duck-walk, single leg hop</li> </ul>		

\* Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam; \*\*Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.  
 \*\*\*Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction.

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for:

Not Cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports (please list):

Reason:

**Recommendations:**

I have examined the above-named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Physician (type/print):	Date:
Address:	Phone:
Signature of Physician (MD/DO/ARNP/PA/Chiropractor):	