



2018-2019 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

(The Parent or Guardian should fill out this form with assistance from the student athlete.)

Exam Date: _____

Name: _____
 Home Address: _____
 Phone: _____
 Date of Birth: _____
 Age: _____
 Sex: _____
 Grade: _____
 School: _____
 Sport(s): _____
 Personal Physician: _____
 Hospital Preference: _____

In case of emergency, contact:

Name: _____
 Relationship: _____
 Phone (Home): _____
 (Work): _____
 (Cell): _____

Name: _____
 Relationship: _____
 Phone (Home): _____
 (Work): _____
 (Cell): _____

Explain "Yes" answers on following page.
 Circle questions you don't know the answers to.

	Y	N
1) Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medicines or supplements? (Please specify): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Do you have allergies to medicines, pollens, foods, or stinging insects? (Please specify): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Does your heart race or skip beats during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Has a doctor ever told you that you have (check all that apply): High Blood Pressure <input type="checkbox"/> A Heart Murmur <input type="checkbox"/> High Cholesterol <input type="checkbox"/> A Heart Infection <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Have you ever spent the night in the hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Have you ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 9) Have you ever had an injury (sprain, muscle/ligament tear, tendinitis, etc.) that caused you to miss a practice or game? (If yes, circle affected area in the box below):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 10) Have you had any broken/fractured bones or dislocated joints? (If yes, circle affected area in the box below):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 11) Have you had a bone/joint injury that required x-rays, MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches? (If yes, check affected area in the box below):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Upper Arm <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Hand/Fingers <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Upper Back <input type="checkbox"/> Lower Back <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Calf/Shin <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> Foot/Toes <input type="checkbox"/>		

2018-2019 EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN ANUAL

(El padre o tutor debe llenar esta forma con la ayuda del alumno atleta.)

Fecha del Examen:

Nombre:
Sexo:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Grado:
Escuela:
Deporte(s):
Dirección:
Teléfono:
Doctor de Cabecera:
Preferencia del Hospital:

En caso de emergencia contacte a:
Nombre:
Relación:
Teléfono (Casa):
(Trabajo):
(Celular):
Nombre:
Relación:
Teléfono (Casa):
(Trabajo):
(Celular):

Explique las respuestas "Sí" en la siguiente página.
 Circule las preguntas que no sepa las respuestas.

	SÍ	NO
1) ¿Alguna vez un médico te ha negado o restringido tu participación en deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Tú tienes una enfermedad crónica o continua (como diabetes o asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Actualmente estás tomando medicamento recetada o sin receta (comprado sin receta) o suplementos? (Por favor de especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Tú tienes alguna alergia a algún medicamento, el polen, alimentos, o picada de insecto? (Por favor de especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Tu corazón se acelere o se salta pulsaciones durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Te ha dicho un médico que tienes (marque todas las que apliquen): Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Soplo de Corazón <input type="checkbox"/> Alto Colesterol <input type="checkbox"/> Infección Cardíaca <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Has pasado alguna vez la noche en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Has tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 9) ¿Has tenido alguna lesión (torcedura, desgarre muscular/ligamentos, tendinitis, etc.) que causó que tú perdieras un entrenamiento o un partido? (En caso afirmativo, circula el área afectada en las casillas de abajo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*10) ¿Alguna vez se te ha roto/fracturado o dislocado un hueso/coyuntura? (En caso afirmativo, circula el área afectada en las casillas de abajo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 11) ¿Alguna vez has tenido una lesión de hueso/articulación que hayan requerido radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, una banda de soporte, yeso o muletas? (En caso afirmativo, circula el área afectada en las casillas de abajo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Cabeza Cuello Hombro Parte Superior del Brazo Codo Antebrazo
 Mano/Dedo Pecho Columna Dorsal Columna Lumbral Cadera Muslo
 Rodilla Pantorrilla/Espinilla Tobillo Pie/Dedos del Pie



	Y	N
12) Have you ever had a stress fracture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Have you been told that you have or have you had an x-ray for atlantoaxial (neck) instability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Do you regularly use a brace or assistive device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Has a doctor told you that you have asthma or allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Is there anyone in your family who has asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Were you born without, are you missing, or do you have a nonfunctioning kidney, eye, testicle or any other organ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Have you had a herpes skin infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Have you ever had an injury to your face, head, skull or brain (including a concussion, confusion, memory loss or headache from a hit to your head, having your "bell rung" or getting "dinged")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Do you have headaches with exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit, falling, stingers or burners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) When exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Have you ever been tested for sickle cell trait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Have you had any problems with your eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Do you wear glasses or contact lenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Are you happy with your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Are you trying to gain or lose weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Has anyone recommended you change your weight or eating habits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Do you limit or carefully control what you eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Females Only

	Y	N
38) Have you ever had a menstrual period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) How old were you when you had your first menstrual period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) How many periods have you had in the last year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explain "Yes" Answers Here

- 12) ¿Has tenido alguna fractura de estrés? Sí NO
- 13) ¿Te han dicho que tienes que o has tenido una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial (cuello)? Sí NO
- 14) ¿Utilizas regularmente un soporte/apoyo o dispositivo de asistencia? Sí NO
- 15) ¿Te ha dicho un médico que tú tienes asma o alergias? Sí NO
- 16) ¿Tú toses, respirar con dificultad o tienes dificultad respiratoria durante o después del ejercicio? Sí NO
- 17) ¿Hay alguien en tu familia que tiene asma? Sí NO
- 18) ¿Has usado el inhalador o medicina para el asma por dificultades de respirar? Sí NO
- 19) ¿Naciste sin, te falta, o tienes un riñón que no te funciona un ojo, un testículo o cualquier otro órgano? Sí NO
- 20) ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes? Sí NO
- 21) ¿Tienes sarpullido, úlceras de decúbito u otros problemas de piel? Sí NO
- 22) ¿Has tenido una infección de la piel herpes? Sí NO
- 23) ¿Has tenido lesiones en la cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluyendo una conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza o golpe en la cabeza, que te hayan "golpeado" o que te hayan "lastimado")? Sí NO
- 24) ¿Has tenido convulsiones?. Sí NO
- 25) ¿Te da dolores de cabeza con el ejercicio? Sí NO
- 26) ¿Se te ha dormido parte de tu cuerpo (entumecimiento), te hormiguea o debilidad en los brazos o piernas después de recibir un golpe, caída, agujijones o quemadores. Sí NO
- 27) Cuando haga ejercicio en el tiempo de calor, ¿te dan calambres musculares severos o te enfermas? Sí NO
- 28) ¿Te ha dicho un médico que tu o alguien en tu familia tiene rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes? Sí NO
- 29) ¿Alguna vez te han hecho la prueba para el rasgo de células falciformes? Sí NO
- 30) ¿Tienes algún problema con los ojos o visión? Sí NO
- 31) ¿Usas lentes o lentes de contacto? Sí NO
- 32) ¿Usas lentes protectores de la vista, tales como lentes o protector de la cara? Sí NO
- 33) ¿Estás satisfecho con tu peso? Sí NO
- 34) ¿Quieres aumentar o perder peso? Sí NO
- 35) ¿Alguien ha recomendado que cambies tu peso o los hábitos alimentarios? Sí NO
- 36) ¿Limitas o controlas lo que comes? Sí NO
- 37) ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría discutir con el médico? Sí NO

SOLO LAS MUJERES

- 38) ¿Has tenido menstruación? Sí NO
- 39) ¿Cuántos años tenías cuando tu viste tu primer período menstrual? Sí NO
- 40) ¿Cuántos períodos has tenido en el periodo de un año?
 Sí NO

EXPLICA TUS RESPUESTAS "SÍ"



2018-2019 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

(The Physician should fill out this form with assistance from the Parent or Guardian.)

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Patient History Questions: Please tell me about your child...

- 1) Has your child fainted or passed out DURING or AFTER exercise, emotion or startle?
- 2) Has your child ever had extreme shortness of breath during exercise?
- 3) Has your child had extreme fatigue associated with exercise (different from other children)?
- 4) Has your child ever had discomfort, pain or pressure in his/her chest during exercise?
- 5) Has a doctor ever ordered a test for your child's heart?
- 6) Has your child ever been diagnosed with an unexplained seizure disorder?
- 7) Has your child ever been diagnosed with exercise-induced asthma not well controlled with medication?

Y	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Family History Questions: Please tell me about any of the following in your family...

- 8) Are there any family members who had sudden, unexpected, unexplained death before age 50? (including SIDS, car accidents, drowning, or near drowning)
- 9) Are there any family members who died suddenly of "heart problems" before age 50?
- 10) Are there any family members who have unexplained fainting or seizures?
- 11) Are there any relatives with certain conditions, such as:

Y	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Y	N
Enlarged Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilated Cardiomyopathy (DCM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Rhythm problems:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Long QT Syndrome (LQTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Short QT Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugada Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia (CPVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy (ARVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Marfan Syndrome (Aortic Rupture)
- Heart Attack, age 50 or younger
- Pacemaker or Implanted Defibrillator
- Deaf at Birth (Congenital Deafness)

Explain "Yes" Answers Here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to all of the above questions are complete and correct. Furthermore, I acknowledge and understand that my eligibility may be revoked if I have not given truthful and accurate information in response to the above questions.

Signature of athlete

Signature of parent/guardian

Date

Signature of MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

Date:



2018-2019 EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN ANUAL

(El médico debe llenar esta forma con la ayuda de los padres o tutor legal)

Nombre del Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Preguntas del historial del paciente: Por favor dígame acerca de su niño...

- 1) ¿Tiene su hijo desmayado o desmayado durante o después del ejercicio, emoción o susto? Sí NO
- 2) ¿Ha tenido su hijo alguna vez extrema dificultad para respirar durante el ejercicio? Sí NO
- 3) ¿Ha tenido su hijo fatiga extrema asociada a ejercer (diferente de los otros niños)? Sí NO
- 4) ¿Su hijo tuvo molestias, dolor o presión en su pecho durante el ejercicio? Sí NO
- 5) ¿Ha pedido alguna vez un médico una prueba para el corazón de su hijo? Sí NO
- 6) ¿Ha su hijo ha sido diagnosticado con un trastorno convulsivo inexplicable? Sí NO
- 7) ¿Ha su hijo ha sido diagnosticado con asma inducida por el ejercicio no bien controlado con medicamentos?
Sí NO

Preguntas del Historial de la Familia: Por favor dígame acerca de su familia...

- 8) ¿Hay algún miembro de la familiar que tuvo una muerte súbita, inesperada e inexplicable antes de los 50 años?
(Incluyendo los "SIDS", accidentes de tráfico, ahogamiento o casi ahogamiento) Sí NO
- 9) ¿Hay algún miembro de la familiar que murió repentinamente por "problemas cardíacos" antes de los 50 años de edad?
- 10) ¿Hay algún miembro de la familia que tiene desmayos o convulsiones?
- 11) ¿Hay algún pariente con ciertas condiciones, tal cómo?

Agrandamiento del corazón:

- Cardiomiopatía hipertrófica (HCM) Sí NO
Miocardiopatía dilatada (DCM) Sí NO

Problemas del ritmo cardíaco:

- Síndrome de QT largo (LQTS) Sí NO
Síndrome de QT corto Sí NO
Síndrome de Brugada Sí NO
Polimórfica catecolaminérgica Ventricular Taquicardia (CPVT)
Sí NO
Derecha arritmogénica Ventricular Sí NO
Síndrome de Marfan (ruptura aórtica) Sí NO
Ataque al corazón, 50 años o más jóvenes Sí NO
Marcapasos o un desfibrilador implantado Sí NO
Cardiomiopatía (ARVC) Sí NO
Sordo en el nacimiento (sordera congénita) Sí NO

EXPLICA TUS RESPUESTAS "SÍ"

Por la presente declaro, a lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas a todas las preguntas anteriores están contestadas correctamente. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede ser revocada si no he dado información veraz y exacta en respuesta a las preguntas de arriba.

Firma del Atleta

Firma de los Padres/Tutores Legales

Fecha

Firma del MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP Fecha:



2018-2019 ANNUAL PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

Name: _____ Date of Birth: _____
 Age: _____ Sex: _____
 Height: _____ Weight: _____
 % Body fat (optional): _____ Pulse: _____
 BP: ____/____ (____/____/____)
 Vision: R20/____ L20/____ Corrected: Y__ N__
 Pupils: Equal____ Unequal____

	Normal	Abnormal Findings	Initials*
Medical			
Appearance			
Eyes/Ears/ Throat/Nose			
Hearing			
Lymph Nodes			
Heart			
Murmurs			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary †			
Skin			
Musculoskeletal			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand/Fingers			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot/Toes			

* Multi-examiner set-up only.

† Having a third party present is recommended for the genitourinary examination.

NOTES: _____

Cleared Without Restriction

Not Cleared For: All Sports Certain Sports _____ Reason: _____

Recommendations: _____

Name of Physician(Print/Type): _____ Exam Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician: _____, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP



2018-2019 PREPARACIÓN ANUAL DE EXAMINACIÓN FISICA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo:
Estatura:	Peso:
% Grasa corporal (opcional):	Pulso:
Visión: D20/____ I20/____	Presión Arterial: __/__(__/____.____/____) Corregido: Y__N__
Pupilas Igual____ No-Igual____	

	Normal	Hallazgos Anormal	Iniciales*
Medical			
Apariencias			
ojo/oído/Garganta/Nariz			
Escucha			
Ganglios linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario			
Piel			
Musculoesquelético			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano/Dedos			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/Dedos del pie			

* Examinadores-Múltiples En equipo.

† Tener a una tercera persona es recomendable para hacer el examen de genitourinario.

NOTAS: _____

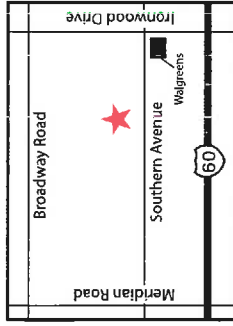
Liberados sin Restricciones
 No Liberado Para: todo deporte ciertos deportes _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

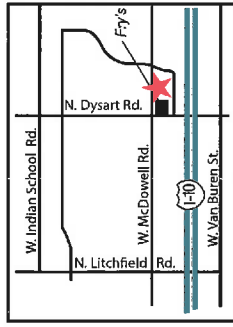
Nombre de Medico (Imprimir/Tipo): _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____ Número Telefónico: _____

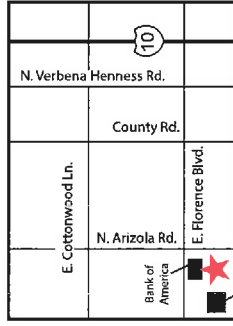
Firma del Medico: _____ MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP



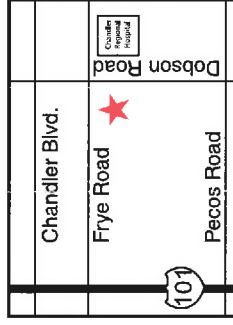
Apache Junction • 85120
2080 West Southern Ave., Suite #A1



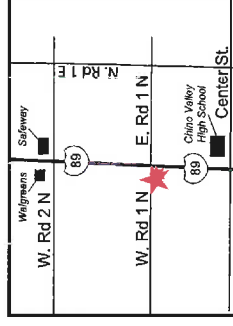
Avondale • 85392
13075 W. McDowell Rd., Suite #D106



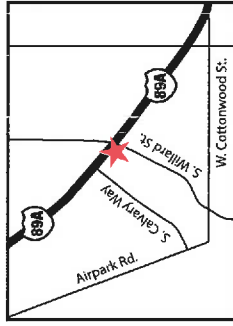
Casa Grande • 85122
1683 E. Florence Blvd., Suite #7



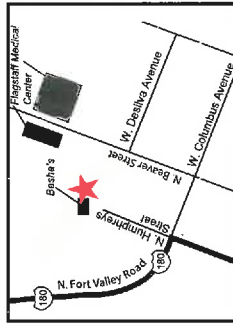
Chandler • 85224
600 S. Dobson Road, Suite #C-26



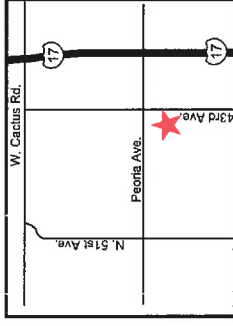
Chino Valley • 86323
474 State Highway 89



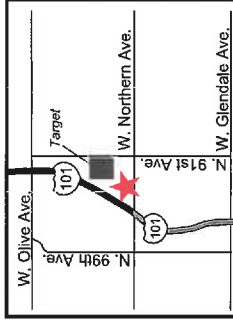
Cottonwood • 86326
450 S. Willard Street, Suite #120



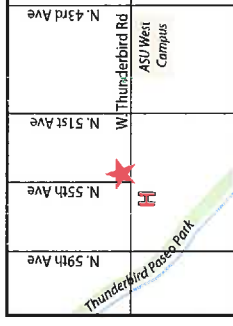
Flagstaff • 86001
1000 N. Humphreys St., Suite #104



Glendale • 85302
10240 N. 43rd Ave., Suite #3



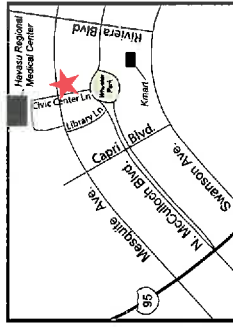
Glendale • 85305
9494 W. Northern Ave., Suite #101



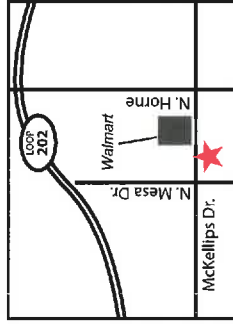
Glendale • 85306
5410 W. Thunderbird Road, Suite #101



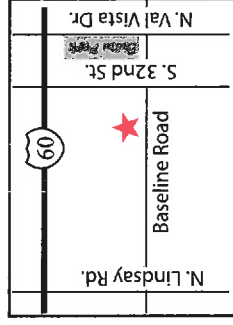
Glendale • 85308
18589 N. 59th Ave., Suite #101



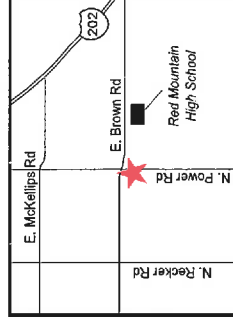
Lake Havasu City • 86403
1810 Mesquite Ave., Suite B



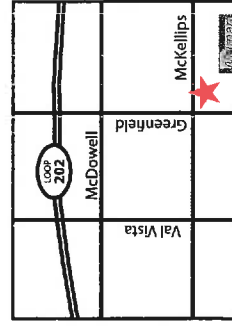
Mesa • 85203
535 E. Mckellips Road, Suite #101



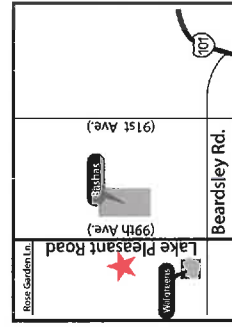
Mesa • 85204
3130 E. Baseline Road, Suite #105



Mesa • 85205
1066 N. Power Road, Suite #101



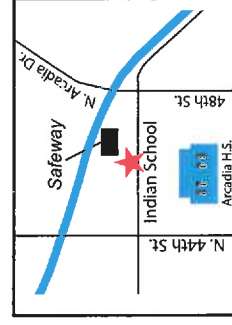
Mesa • 85215
4401 E. Mckellips Road, Suite #102



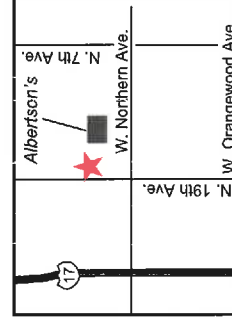
Peoria • 85382
20470 N. Lake Pleasant Rd., Suite #102



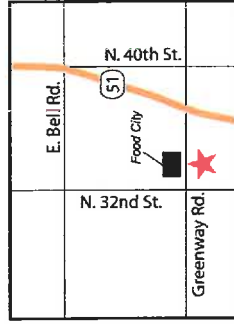
Phoenix • 85016
1701 E. Thomas Road, Suite #A104



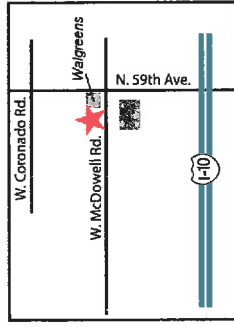
Phoenix • 85018
4730 E. Indian School Rd., Suite #211



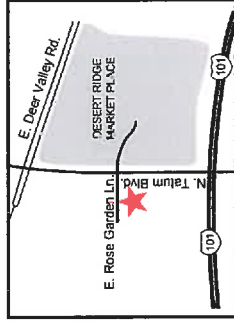
Phoenix • 85021
8101 N. 19th Ave., Suite #A



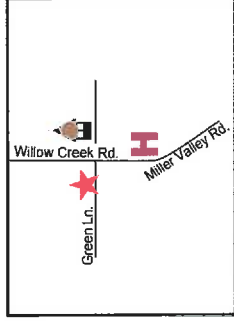
Phoenix • 85032
3229 E. Greenway Rd., Suite #102



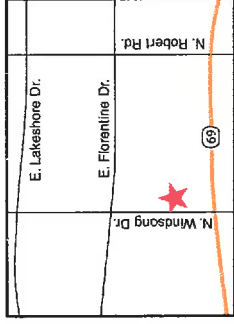
Phoenix • 85035
5920 W. McDowell Road



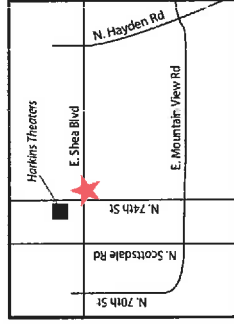
Phoenix • 85050
20950 N. Tatum Blvd., Suite #190



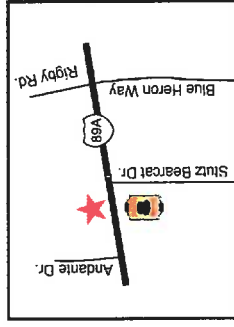
Prescott • 86301
2062 Willow Creek Road



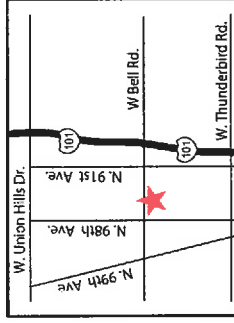
Prescott Valley • 86314
3051 N. Windsong Drive



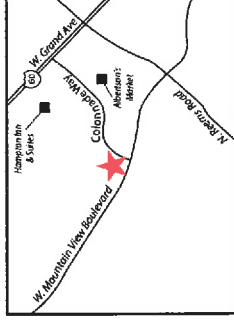
Scottsdale • 85260
7425 E. Shea Blvd., Suite #108



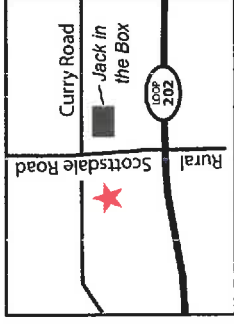
Sedona • 86336
2530 W. SR 89A, Suite #A



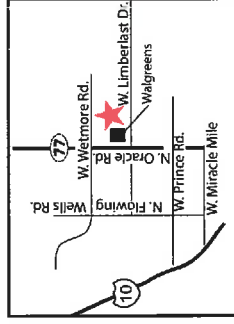
Sun City • 85351
9745 W. Bell Road, Suite #105



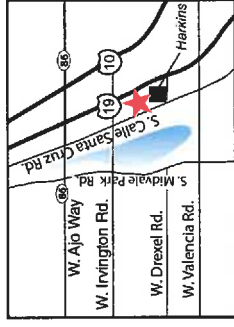
Surprise • 85374
14800 W. Mtn. View Blvd., Suite #100



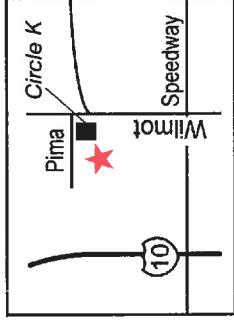
Tempe • 85281
914 N. Scottsdale Rd., Suite #104



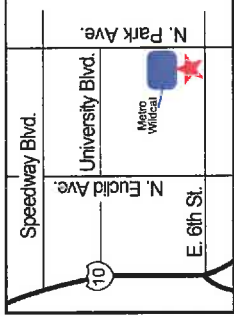
Tucson • 85705
4280 North Oracle Rd., Suite #100



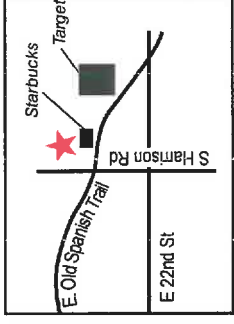
Tucson • 85706
5369 S. Calle Santa Cruz, Suite #145



Tucson • 85712
6238 E. Pima Street



Tucson • 85719
501 North Park Ave., Suite #110



Tucson • 85748
9525 E. Old Spanish Trail, Suite #101