

## Antecedentes y examen físico previos a la participación (rev. 05/25)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Carné de estudiante# \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Deporte \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ M  F

*Los padres/tutores deben completar el reverso antes de la cita física.*

### AUTORIDADES MÉDICAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR EXÁMENES

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina (MD)   | <input type="checkbox"/> Enfermera Practicante Certificada (CRN) | <input type="checkbox"/> Naturópatas (ND) |
| <input type="checkbox"/> Doctor en Osteopatía (DO) |  |   |

Edad \_\_\_\_\_ P u l s o \_\_\_\_\_ Presión sanguínea \_\_\_\_\_

⇓ Esta sección es opcional ⇓

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Urinalisis \_\_\_\_\_

Agudeza visual: Izquierda: 20/ \_\_\_\_\_ Derecha: 20/ \_\_\_\_\_

% de grasa corporal \_\_\_\_\_

HCT \_\_\_\_\_

#### Normal

#### Anormal

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeza<br><input type="checkbox"/> Ojos (pupilas), otorrinolaringología<br><input type="checkbox"/> Dientes<br><input type="checkbox"/> Pecho<br><input type="checkbox"/> Pulmones<br><input type="checkbox"/> Corazón<br><input type="checkbox"/> Abdomen<br><input type="checkbox"/> Genitales<br><input type="checkbox"/> Neurológico<br><input type="checkbox"/> Piel<br><input type="checkbox"/> Madurez física<br><input type="checkbox"/> Columna vertebral, espalda<br><input type="checkbox"/> Hombros, Extremidades superiores<br><input type="checkbox"/> Extremidades inferiores | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
|---|--|

- Evaluación**
- Participación plena
- Participación limitada (describir limitaciones, restricciones) \_\_\_\_\_
- La condición potencialmente mortal (asma grave, alergia a las abejas / alimentos) requiere una orden de medicación antes de participar. (Adjunte la información/pedidos de medicamentos).**

- Participación contradicha (enumere las razones)

**Recomendaciones** (equipo, vendaje, rehabilitación, etc.)

### Certificación del Examinador

**Los examinadores autorizados son autoridades médicas autorizadas para realizar exámenes médicos. (WIAA 18.13.1)**

Por la presente certifico que la persona mencionada anteriormente está físicamente calificada para participar en todas las actividades atléticas interescolares NO TACHADAS A CONTINUACIÓN:

Bádminton, Béisbol, Baloncesto, Porrista, Cross Country, Fastpitch, Flag Fútbol, Fútbol, Golf, Gimnasia, Lacrosse, Remo, Lanzamiento lento, Fútbol, Natación/Buceo, Tenis, Pista de Bolos Unificados, Fútbol Unificado, Voleibol, Waterpolo, Lucha

**Permiso de peso de lucha libre:** Circule las clasificaciones de peso más bajas permitidas

Secundaria Superior	103	112	119	125	130	135	140	145	152	161	171	189	215	275
Secundaria	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140
							152	162	172	185	Ilimitado (debe tener más de 185)			

Nombre del examinador (imprimir) \_\_\_\_\_ Teléfono del examinador ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Firma del examinador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Historial previo a la participación

Sí No

- ¿Ha tenido alguna enfermedad/lesión recientemente, o tiene una enfermedad/lesión ahora?
- ¿Ha tenido un problema médico, una enfermedad o una lesión desde su último examen?
- ¿Tienes alguna enfermedad crónica o recurrente?
- ¿Alguna vez has tenido alguna enfermedad que dure más de una semana?
- ¿Alguna vez has estado hospitalizado durante la noche?
- ¿Te has sometido a alguna otra cirugía que no sea una amigdalectomía?
- ¿Alguna vez ha tenido alguna lesión que requiera tratamiento por parte de un médico?
- ¿Le falta algún órgano aparte de las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)?
- ¿Está tomando actualmente ALGÚN medicamento (incluyendo píldoras anticonceptivas, vitaminas, aspirina, etc.)?
- ¿Tiene ALGUNA alergia (medicamentos, abejas, alimentos u otros factores)?
- ¿Alguna vez has tenido dolor en el pecho, mareos, desmayos, desmayos durante o después del ejercicio?
- ¿Te cansas más fácil o rápido que tus amigos durante los ejercicios?
- ¿Alguna vez has tenido algún problema con la presión arterial o el corazón?
- ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas cardíacos, ataque cardíaco o muerte súbita antes de cumplir los 50 años?
- ¿Tienes algún problema de piel (acné, picor, erupciones cutáneas, etc.)?
- ¿Alguna vez has tenido desmayos, convulsiones, convulsiones o mareos intensos?
- ¿Tienes dolores de cabeza intensos y frecuentes?
- ¿Alguna vez has tenido un "aguijón" o un "quemador" o un "nervio pinzado"?
- ¿Alguna vez te has "noqueado" o "desmayado"?
- ¿Alguna vez has tenido una lesión en el cuello o en la cabeza?
- ¿Alguna vez ha tenido agotamiento por calor, insolación, calambres por calor o problemas similares relacionados con el calor?
- ¿Has tenido asma, dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio?
- ¿Usa anteojos, lentes de contacto o gafas protectoras?
- ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?
- ¿Usa algún aparato dental como aparatos ortopédicos, puente, placa, retenedor?
- ¿Alguna vez has tenido una lesión de rodilla?
- ¿Alguna vez has tenido una lesión en el tobillo?
- ¿Alguna vez te has lesionado alguna otra articulación (hombro, muñeca, dedos, etc.)?
- ¿Alguna vez ha tenido un hueso roto (fractura)?
- ¿Alguna vez le han puesto un yeso, una férula o ha tenido que usar muletas?
- ¿Debe utilizar equipo especial para la competición (almohadillas, aparatos ortopédicos, collarín, etc.)?
- ¿Han pasado más de 5 años desde su última vacuna de refuerzo contra el tétanos?
- ¿Te preocupa tu peso?
- MUJERES: ¿Tienes algún problema menstrual?
- ¿Tienes alguna inquietud médica acerca de participar en tu deporte?

Recomendaciones

---



---



---



---