



Distrito escolar Northshore



HISTORIAL MÉDICO ANTES DE PARTICIPACIÓN Y EXAMEN FÍSICA

Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____ Fecha del examen: _____
Escribe en letra de imprenta el nombre completo

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Deporte: _____ [] Hombre [] Mujer

Los padres/guardianes deben rellenar el otro lado del formulario antes de la cita para el examen físico

AUTORIDADES MÉDICAS AUTORIZADOS PARA DAR EXÁMENES FÍSICAS: (Redondee)

1. Doctor Médico (MD) 2. Practicante de enfermería (CRN) 3. Médico natural (ND) 4. Médico de Osteopatía 5. Asistente al Médico (PA)

Esta sección opcional

Edad: _____ Pulso: _____
Altura: _____ Tensión arterial: _____ Análisis de la orina: _____ Grasa Corporal % _____ HCT: _____
Peso: _____ Agudeza visual: _____ Izquierda: 20/ _____ Derecha: 20/ _____

- Normal
[] 1. Cabeza
[] 2. Ojos (pupilas), ENT
[] 3. Dientes
[] 4. Pecho
[] 5. Pulmones
[] 6. Corazón
[] 7. Abdomen
[] 8. Genitales
[] 9. Neurológico
[] 10. Piel
[] 11. Madurez física
[] 12. Espina, espalda
[] 13. Hombros, extremidades superiores
[] 14. Extremidades inferiores
Anormal
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____
[] _____

Evaluación: [] Participación Completa
[] Participación limitada (describe limitaciones/restricciones):
[] Condición que pone en riesgo a la vida (asmático severo, alergia a las abejas/la comida) requiere que se pida la medicina antes de la participación. (Favor de adjuntar la información/pedidos médicos)

[] Petición contradicha (escribe razones):

Recomendaciones (Artículos, cinta, rehabilitación):

CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR

Examinadores autorizados son autoridades médicas autorizadas a dar exámenes médicos. (WIAA 18.13.1)

Yo certifico por la presente que el individuo nombrado en la parte superior es cualificado físicamente para participar en todas las actividades inter-escolares que NO ESTÁN TACHADAS A CONTINUACIÓN:

Béisbol Básquetbol Boliche Porrista Campo traviesa Equipo de entrenamiento Fútbol americano Golf
Gimnásticas Fútbol Softball Natación Tenis Voleibol Lucha Atletismo

Peso permitido para la lucha: (Redondee la clasificación de peso más baja permitida)
Grados 10-12 103 112 119 125 130 135 140 145 152 161 171 189 215 275
Grados 7-9 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120 130 135 140 152 162 172 185 Sin limite (debe pesar más de 185)

Fecha: _____ Firma del examinador: _____
Teléfono del examinador: (____) _____ Escribe en letra de imprenta el nombre/apellido del examinador:

HISTORIAL MÉDICO ANTES DE PARTICIPACIÓN:

- | | Si | No | |
|--------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido una enfermedad/ herida recientemente, o tiene Ud. una enfermedad/herida ahora? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido un problema médico, una enfermedad o una herida desde su último examen médico? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Padece Ud. de una enfermedad crónica o recurrente? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido una enfermedad que duró más que una semana? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. sido hospitalizado de la noche a la mañana? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le han operado (no incluyendo una operación para sacar las amígdalas)? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido una herida que requirió el tratamiento de un médico? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le falta algún órgano, no incluyendo las amígdalas? (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma Ud. algún medicamento actualmente (incluyendo pastillas anticonceptivas, vitaminas, aspirina, etc.)? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene Ud. alergia a algo (medicinas, abejas, comida, o algo más)? |
| 4. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. padecido de dolor del pecho, mareos, desfallecimientos, o desmayos durante o después de hacer ejercicios? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cansa Ud. más fácilmente o más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. padecido del corazón o problemas con la tensión? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han sus parientes cercanos padecido del corazón o sufrido un ataque cardíaco o muerte súbita antes de los 50 años? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene Ud. problemas con la piel (acné, picazón, erupción, etc.)? |
| 6. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha desmayado o sufrido de convulsiones, ataques, o mareos severos? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le duele la cabeza con frecuencia? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido la comprensión de un nervio? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. perdido el conocimiento o desmayado? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. lesionado la cabeza o el cuello? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. sufrido del agotamiento de la cabeza, un golpe de calor, los calambres por el calor, o otros problemas semejantes relacionados con el calor? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido asma o otros problemas respirando o tosiendo después del ejercicio? |
| 9. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Lleva Ud. gafas, lentes contactos, o gafas protectivas? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido problemas con sus ojos o la visión? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Lleva Ud. algún aparato dental tales como los frenos, un puente, una dentadura, o un retenedor? |
| 11. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha herido la rodilla? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha herido el tobillo? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha herido otra articulación (el hombro, la muñeca, los dedos, etc.)? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. roto un hueso (fracturado)? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. llevado un yeso o una tablilla, o ha tenido que usar muletas? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita Ud. usar artículos especiales para la competición (almohadillas, abrazadera, soporte para el cuello, etc.)? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han pasado cinco años desde su última inyección de refuerzo (booster)? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se siente preocupado por su peso? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mujeres: ¿Ha tenido problemas con la menstruación? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha Ud. tenido alguna preocupación médica acerca de la participación en deportes? |

Recommendations
