

PREPARTICIPACIÓN DE EVALUACIÓN FÍSICA - EXAMEN MÉDICO

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Altura _____ Peso _____ % de grasa corporal (Opcional) _____ Pulso _____ BP _____ / _____ (_____ / _____ , _____ / _____)
presión arterial braquial mientras está sentado

Visión D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida: S N Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe ser completado antes de la participación de atletismo en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación atlética en la escuela secundaria. **Debe** completarse si hay respuestas afirmativas a preguntas concretas sobre el FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA del estudiante en el reverso. * **La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
MÉDICAS			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición supina.			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición de pie.			
Corazón - pulsos en las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (hombres solamente)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiperlaxitud articular, escoliosis)			

MUSCULOESQUELÉTICO

Cuello			
Espalda			
Hombro / Brazo			
Codo / Antebrazo			
Muñeca / Mano			
Cadera / Muslo			
Rodilla			
Pierna / Tobillo			
Pie			

*examen basado en estación solamente

AUTORIZACIÓN

- Autorizado
- Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para: _____

No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

La siguiente información debe ser completada y firmada por un Médico, por un Asistente Médico licenciado por un Consejo Estatal de Examinadores de Asistentes Médicos, una Enfermera Registrada reconocida como una Enfermera de Práctica Avanzada por una Junta de Examinadores de Enfermeras, o un Doctor en Quiropráctica. No se aceptarán formularios de exámenes firmados por cualquier otro profesional del cuidado de la salud.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Firma: _____

Deben ser completados antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de clases, (tanto en temporada y fuera de temporada) o juegos / partidos.