

PREPARTICIPACIÓN DE EVALUACIÓN FÍSICA - HISTORIAL MÉDICO

Revisado 12-4-17

Este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** debe completarse *anualmente* por el padre (o tutor) y el estudiante, para que el estudiante pueda participar en las actividades atléticas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que impida que sea peligroso participar en un evento deportivo.

Nombre del estudiante: (letra de imprenta) _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Grado _____ Escuela _____

Médico personal _____ Teléfono _____

En caso de emergencia, comunicarse con:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono (C) _____ Teléfono (T) _____

Explique las respuestas "Sí" en el cuadro de abajo. Circule las preguntas que no sepa las respuestas.**

		Sí	No			Sí	No
1.	¿Has tenido una lesión o enfermedad médica desde tu última revisión o examen físico deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	¿Alguna vez has tenido, de forma inesperada, falta de aliento con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Has sido hospitalizado durante una noche en el último año? ¿Alguna vez has tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tienes asma? ¿Tienes alergias estacionales que requieran tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez has tenido la prueba para el corazón ordenada por un médico? ¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio? ¿Alguna vez has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio? ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	¿Utilizas algún equipo especial de protección o correctivo o dispositivos que no se utilizan por lo general para tu práctica deportiva o posición (por ejemplo, apoyo de rodilla, protección para el cuello, aparatos ortopédicos, frenos dentales, prótesis de oído)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez ha tenido aceleración de tu corazón o arritmia? ¿Has tenido presión arterial alta o colesterol alto? ¿Te han dicho alguna vez que tienes un soplo en el corazón? ¿Algún miembro de la familia ha muerto de problemas del corazón o de muerte súbita inesperada, antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	¿Alguna vez has tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación? ¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones? En caso afirmativo, marca la casilla correspondiente y explica a continuación: <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Espinilla / Pantorrilla <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Has tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Quieres llegar a pesar más o menos de lo que pesas ahora? ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alguna vez un médico negó o restringió tu participación en los deportes por algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	¿Se te ha diagnosticado o tratado por el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez fuiste noqueado, perdido el conocimiento, o has perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue tu última conmoción? _____ ¿Qué tan grave fue cada uno? (Explique a continuación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>Sólo para las mujeres</i> ¿Cuándo fue tu primer período menstrual? ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente? ¿Cuánto tiempo por lo general pasa desde el inicio de un periodo hasta el principio del otro? ¿Cuántos periodos has tenido en el último año? ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos en el año pasado?		
5.	¿Alguna vez has tenido una convulsión? ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o graves? ¿Alguna vez has tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas, o pies? ¿Alguna vez has tenido una lesión, ardor o compresión nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.			
6.	¿Has perdido algún órgano par? ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>Hombres solamente</i> ¿Tienes dos testículos? ¿Tienes inflamación o protuberancias testiculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Estás tomando actualmente algún medicamento o píldoras o inhalador con receta o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.			
8.	¿Tienes alguna alergia (por ejemplo, al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.			
9.	¿Alguna vez te has sentido mareado durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Una respuesta individual afirmativa a cualquier pregunta en relación a un posible problema de salud cardiovascular (preguntas tres anterior), tal como se identifica en el formulario, debe restringir la participación hasta que el individuo sea examinado y sea dado de alta por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera		
10.	¿Tienes problemas actuales de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.	¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.	¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
					**EXPLICAR LAS RESPUESTAS «SÍ» EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)		

Queda entendido que pese a que el atleta porte equipo protector siempre que ello sea necesario, prevalece la posibilidad de un accidente. Ni la Liga Académica Universitaria, como tampoco la escuela secundaria, asume responsabilidad alguna en el caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente debe necesitar atención y tratamiento inmediato, como resultado de una lesión o una enfermedad, por la presente solicito, autorizo y consiento tal cuidado y tratamiento que pueda ser dado a dicho estudiante por algún médico, entrenador de atletismo, enfermera o representante de la escuela. Estoy de acuerdo en indemnizar y no responsabilizar a la escuela y a cualquier representante de la escuela o del hospital de cualquier reclamación por alguna persona por razón de tal cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la competición atlética, ocurriera alguna enfermedad o lesión que limitara la participación de este estudiante, yo estoy de acuerdo en notificar a las autoridades de la escuela de la enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Si no se proporcionan las respuestas veraces se podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones determinadas por la UIL.

Firma del estudiante: X Firma del Padre o Tutor: X Fecha: _____

Cualquier respuesta Sí a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere evaluación médica adicional, que puede incluir un examen físico. Se requiere la autorización por escrito de un médico, un asistente médico, quiropráctico, o enfermera antes de cualquier participación en las prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PRÁCTICA, SCRIMMAGE O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE CLASES.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name: _____ Date _____ Signature _____

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.