

# ESCUELAS PÚBLICAS DE GREENWICH

## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

### Historia de Salud

(Para ser completado por el Padre / Guardián)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deportes Siendo Jugados (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

**Todas las preguntas deben ser contestadas. Todas las respuestas de "Sí" deben explicarse en el espacio que se proporciona a continuación.**  
**Use una hoja adicional si es necesario.**

- | <u>Sí</u>                    | <u>No</u>                |   | <u>Sí</u>                    | <u>No</u>                |  |
|------------------------------|--------------------------|---|------------------------------|--------------------------|--|
| 1) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Alergia – EpiPen: <b>Sí</b> o <b>No</b> (circular)                                    | 18) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática   |
| 2) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Lesión en la cabeza, Conmoción Cerebral, Pérdida de Conciencia                        | 19) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mononucleosis  |
| 3) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Dolores de Cabeza Frecuentes, Mareos, Desmayos  | 20) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis  |
| 4) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Discapacidad Visual   | 21) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inhalador de Asma, <b>Sí</b> o <b>No</b> (circular)                    |
| 5) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Lesión Ocular, Desprendimiento de la Retina   | 22) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Viral Reciente  |
| 6) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Anteojos, Lentes de Contacto  | 23) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión Ortopédica - Rodilla, Tobillo, Hombro                           |
| 7) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | La Discapacidad Auditiva  | 24) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Huesos Rotos   |
| 8) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Puente Dental, Placa, Tirantes  | 25) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuello, Columna Vertebral o Lesión Lumbar                              |
| 9) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Problema del Corazón, Soplo, Arritmia   | 26) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escoliosis   |
| 10) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta Presión Sanguínea  | 27) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hospitalizaciones  |
| 11) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el Pecho, Desmayos Durante el Ejercicio                                      | 28) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía  |
| 12) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos, Sibilancias, Dificultad para Respirar Con Ejercicio o Clima Frío                 | 29) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muerte de un Familiar Menor de 40 Años de Edad Debido a Una Enfermedad |
| 13) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al Corazón o Accidente Cerebrovascular De un Familiar Menor de 50 Años de Edad | 30) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la Piel  |
| 14) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Gastrointestinales  | 31) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpe de Calor, Agotamiento por Calor                                  |
| 15) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Riñón, Problemas del Tracto Urinario  | 32) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos en el Presente  |
| 16) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Crónica o Recurrente   | 33) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Órganos Ausentes   |
| 17) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Coagulación Sanguínea   | 34) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alteración Menstrual   |
| 36) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diagnosticado con COVID-19  | 35) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra Información   |

Doy permiso para que el entrenador y su personal publiquen la información apropiada de este formulario deportivo para mantenimiento de un ambiente sano y seguro al participar en el programa deportivo. (Voy a actualizar según corresponda durante el año escolar). Además, soy consciente del riesgo inherente en el atletismo y por la presente doy permiso para que mi hijo/a pruebe y participe.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EL MÉDICO POR FAVOR DE LLENAR EL LADO REVERSO.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GDO. \_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_ FEMENINA \_\_\_

### EXAMEN FÍSICO

ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ PRESIÓN SANGUÍNEA \_\_\_\_\_ CURVATURA ESPINAL \_\_\_\_\_

EL ÚLTIMO TOXOIDES DE TETANO O INYECCIÓN DE REFUERZO \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN FÍSICA

\_\_\_\_\_ Encuentro a este estudiante físicamente calificado para participar en **TODOS** los deportes supervisados.

\_\_\_\_\_ Este estudiante debe tener los siguientes problemas evaluados antes de participar en **CUALQUIER** atletismo competitivo:

---

---

---

Este estudiante tiene problemas de salud, lo que le prohibiría participar en deportes competitivos específicos.

SI \_\_\_ NO \_\_\_

### RESTRICCIONES: CÍRCULAR A CONTINUACIÓN

Badminton	Esgrima	Hockey sobre hielo	Fútbol	Voleibol
Beisbol	Hockey Sobre Césped	Pista Cubierta	Softbol	Waterpolo
Baloncesto	Fútbol Americano	Lacrosse	Natación	Lucha Libre
Porristas	Golf	Rugby	Tenis	Otro _____
Cross Country	Gimnasia	Esquí	Track	_____

**Además de revisar el historial de salud y los registros de inmunización, esto certifica que he realizado un examen físico completo que incluye la evaluación del sistema músculo esquelético.**

**ESTE EXAMEN ES VÁLIDO POR TRECE (13) MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL EXAMEN. SI ESTE EXAMEN FÍSICO EXPIRA DURANTE UNA TEMPORADA DEPORTIVA, EL ESTUDIANTE NO SERÁ ELEGIBLE PARA PARTICIPAR (PRACTICAR O JUGAR) HASTA QUE UN EXAMEN NUEVO SEA SOMETIDO Y APROBADO POR LA ENFERMERA ESCOLAR.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha de Examen

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Médico

\_\_\_\_\_  
Médico (sello)

**Por favor regrese este formulario a la Enfermera Escolar antes del primer día de pruebas.**