

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: Sí o No (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, Sí o No (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.