

Distrito Escolar de Edmonds

FORMULARIO DE HISTORIAL PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

Termine de rellenar antes de su cita médica

(Atención: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y los padres antes de acudir al médico. El médico debe guardar este formulario en el historial.)

Fecha del Examen: _____
 Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Género _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y alergias: Indique todos los medicamentos recetados y sin receta y los suplementos (herbales y nutricionales) que está tomando actualmente

¿Tiene alergias? Sí Si ha respondido sí, por favor identifique la alergia a continuación
 Medicamentos Polens Comida Picaduras de insectos

Explique las respuestas "afirmativas" a continuación. Haga un círculo en las preguntas que no sepa como responder

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en el deporte por alguna razón?		
2. ¿Tienes alguna enfermedad en desarrollo? En caso de que sí, identifique a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otros:		
3. Ha pasado alguna vez la noche en el hospital?		
4. Ha sido operado alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA	Sí	No
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, ligereza o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otros:		
9. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. Durante el ejercicio, ¿se mareo o siente una falta de aire mayor de la normal?		
11. ¿Ha tenido alguna vez un ataque inexplicable??		
12. ¿Se cansa o le falta el aire más fácilmente que a sus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente de coche inexplicable o síndrome de muerte súbita del infante)?		
14. ¿Alguien de su familia padece miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? polimórfica ventricular?		
15. ¿Hay alguien en su familia que tenga un problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien de su familia ha sufrido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o ha estado a punto de ahogarse?		
PREGUNTAS SOBRE LAS ARTICULACIONES DE LOS HUESOS	Sí	No
17. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que te haya hecho perder un entrenamiento o un partido?		
18. Ha tenido alguna vez algún hueso roto o fracturado o alguna articulación dislocada?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que haya requerido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, una férula, un yeso o muletas?		
20. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Le han dicho alguna vez que tiene o le han hecho una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico o cualquier otro dispositivo de ayuda?		
23. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular o articular que le moleste?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones le duele, se hincha, se siente caliente o se ve roja?		
25. ¿Tiene algún antecedente de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Tose, respira con dificultad durante o después del ejercicio?		
27. ¿Ha utilizado alguna vez un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
28. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (género masculino), el bazo o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene dolor en la pelvis o una protuberancia o hernia dolorosa en la zona de la pelvis?		
31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
32. ¿Tiene sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
33. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o SARM?		
34. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?		
35. ¿Ha tenido alguna vez un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. Tiene antecedentes de trastornos convulsivos*		
37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
38. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después de un golpe o una caída?		
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?		
40. ¿Se ha enfermado al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?		
42. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
43. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?		
44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
45. ¿Usa gafas o lentes de contacto?		
46. ¿Usa gafas de protección, como gafas o una careta?		
47. ¿Le preocupa tu peso?		
48. ¿Intenta o le han recomendado que suba o baje de peso?		
49. ¿Está siguiendo una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno alimentario?		
51. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con un médico?		
SOLO PARA EL GÉNERO FEMENINO		
52. ¿Ha tenido alguna vez la menstruación?		
53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?		
54. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique sus respuestas "afirmativas" aquí

Declaro que, a mi juicio, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del Deportista _____ Firma del Padre/La Madre/ El Tutor _____ Fecha _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN EL DEPORTISTA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE HISTORIAL ADICIONAL

Termine de rellenar
antes de su cita médica

Fecha del Examen: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Género _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad		
3. Clasificación (si está disponible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/traumatismo, otros)		
5. Especifique los deportes que le interesa practicar		
	Sí	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, un dispositivo de ayuda o una prótesis?		
7. ¿Utiliza algún aparato ortopédico o de asistencia especial para hacer deporte?		
8. ¿Tiene alguna erupción, llagas por presión o cualquier otro problema de la piel?		
9. ¿Tiene pérdida de audición? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene alguna discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza algún dispositivo especial para la función intestinal o vesical?		
12. ¿Tiene ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Ha tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o con el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tiene espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden ser controladas por la medicación?		

Explique las respuestas "afirmativas" aquí

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones.

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación radiográfica de la inestabilidad atlantoaxial		
Dislocaciones (más de una)		
Hemorragia fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el movimiento intestinal		
Dificultad para controlar la vejiga		
Adormecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Adormecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en brazos o manos		
Debilidad en las piernas o en los pies		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la capacidad de caminar		
Columna vertebral bifida		
Alergia al látex		

Explique las respuestas "afirmativas" aquí

Declaro que, a mi juicio, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del Deportista _____ Firma del Padre/La Madre/ El Tutor _____ Fecha _____

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted/ to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

*Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
*Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing Ha history of significant concussion.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION AND CLEARANCE FORM

For doctor to complete

Name _____ Date of birth _____

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hypertaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart* • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

*Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

HE0503

1681/0410

PLEASE USE STUDENT'S SCHOOL OFFICE FAX NUMBER IF FAXING

High Schools

Edmonds Woodway 425-431-7911
 Lynnwood 425-431-7527
 Meadowdale 425-431-7655
 Mountlake Terrace 425-431-7771

Middle Schools

Alderwood 425-431-7580
 Brier Terrace 425-431-7836
 College Place 425-431-7449
 Meadowdale 425-431-7714



*Physical is good for 24 months