

FORMULARIO DE EXAMEN DE PREPARTICIPACIÓN PARA PROGRAMAS DE ATLETISMO DE PREPARATORIA

Circule uno: CDMHS CMHS EHS NHHS I

Nombre: _____ Grado escolar: _____ M/F
 (LETRA LEGIBLE) Apellido Primer nombre Segundo nombre o sobrenombre (En otoño) Circule
 Fecha de nacimiento: _____ # de ID del estudiante: _____ DEPORTE: _____ Otoño ___ Invierno ___ Primavera ___

Sección A: HISTORIAL DE SALUD REQUERIDO Y COMPLETADO POR EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

Su niño: ↓ Si responde "SÍ" a cualquier pregunta, por favor explique a continuación ↓

1.	¿Ha tenido una enfermedad o lesión médica que lo ha descalificado de la participación atlética?	SÍ	NO
2.	¿Alguna vez ha sido hospitalizado o se ha sometido a alguna operación quirúrgica?	SÍ	NO
3.	¿Ha tenido una enfermedad crónica o grave (como diabetes, problemas de los riñones, convulsiones o asma)?	SÍ	NO
4.	¿Alguna vez ha tomado algún suplemento o vitaminas para ayudar a subir/bajar de peso o mejorar el rendimiento deportivo?	SÍ	NO
5.	¿Alguna vez se desmayó durante/después del ejercicio o se enfermó por el ejercicio?	SÍ	NO
6.	¿Alguna vez se cansó antes de lo esperado durante el ejercicio o se quejó de fatiga extrema?	SÍ	NO
7.	¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho o latidos cardíacos inusuales/irregulares durante o después del ejercicio?	SÍ	NO
8.	¿Ha tenido antecedentes de problemas cardíacos, soplo cardíaco, presión arterial alta o colesterol alto?	SÍ	NO
9.	¿Ha tenido a un familiar o pariente que haya muerto antes de los 50 años de edad o haya muerto de problemas relacionados con el corazón?	SÍ	NO
10.	¿Ha tenido antecedentes familiares de problemas cardiacos específicos? SÍ SÍ marque todas las opciones que correspondan:	SÍ	NO
	<input type="checkbox"/> Miocardiopatía hipertrófica <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Síndrome Marfan <input type="checkbox"/> Síndrome de QT Largo		
11.	¿Tenía antecedentes de conmoción cerebral, lesión en la cabeza, pérdida de la memoria o estar inconsciente?	SÍ	NO
12.	¿Ha tenido antecedentes de ataques, convulsiones o episodios de desmayos?	SÍ	NO
13.	¿Tuvo dolores de cabeza frecuentes o severos?	SÍ	NO
14.	¿Alguna vez tuvo un "aguijón", "quemador" o nervio pinzado (entumecimiento u hormigueo en una extremidad)?	SÍ	NO
15.	¿Ha tenido algún problema con la visión que requiera lentes, lentes de contacto o lentes protectores?	SÍ	NO
16.	¿Ha tenido equipos/dispositivos especiales de protección o correctivos que no se utilizan normalmente para los deportes?	SÍ	NO
	Ejemplos: ¿rodillera, rollo de cuello, ortopedia de pies, retenedor para dientes, aparatos auditivos?		
17.	¿Ha sido diagnosticado con una afección de la piel contagiosa en el último mes?	SÍ	NO
18.	¿Alguna vez se ha roto/fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?	SÍ	NO
19.	¿Ha tenido algún problema recurrente con dolor o hinchazón en la espalda, músculos, tendones, huesos o articulaciones?	SÍ	NO
20.	¿Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico por cualquier preocupación médica, ortopédica o emocional?	SÍ	NO
21.	¿Ha tenido historial de asma, alergias a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos?	SÍ	NO
	Si "SÍ", ¿qué medicamentos se usan? ¿Se necesita Epi-Pen?		
22.	¿Su hijo requiere algún procedimiento de salud especial durante el día escolar regular o durante el atletismo?	SÍ	NO
23.	¿Su hijo está tomando medicamentos recetados o de venta libre o está usando un inhalador o Epi-Pen? Si "SÍ", por favor enumere todo	SÍ	NO
	Medicamentos: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____		
	Medicamentos: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____		
24.	¿Tiene su hijo un historial de haber tenido COVID-19? Fecha: _____	SÍ	NO
25.	¿Su hijo ha recibido la vacuna contra la COVID-19? 1ª fecha de dosis: _____ 2ª fecha de dosis: _____ Fecha de dosis de refuerzo: _____	SÍ	NO

Si ha respondido "SÍ" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique:

Por la presente declaro que, según mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Section B: PHYSICAL EXAM REQUIRED FOR ALL ATHLETES: To be completed by HEALTHCARE PROVIDER

	Normal		Normal		
General:		Chest/Lungs		Visual acuity (Distance):	Right: / Left: /
Eyes, ears, nose, throat		Neck		<input type="checkbox"/> Corrected <input type="checkbox"/> Uncorrected	
Cardiovascular		Abdomen		Height:	Blood pressure:
Femoral pulses		Skin		Weight:	Pulse:
Musculoskeletal:	Normal		Normal		Discussion Points: Mental Health
Neck/Shoulder		Hips/Thighs		Arms/Hands	Nutrition/Supplements
Spine		Knees		Ankles/Feet	Supplements/Steroids
					Sad/Hopeless/Depressed/Anxious
					Eating Habits

COMMENTS:

Recommendation: _____

Please explain restrictions: _____

Examining Healthcare Provider (please print): _____
 MD/DO/NP/PA ONLY

Signature: _____

DATE OF EXAM: _____ Phone: _____

Healthcare Provider Office Stamp (REQUIRED):

NOT VALID WITHOUT STAMP