

Tennyson High School
Departamento de Atletismo de



27035 Whitman Street, Hayward, CA 94545 ♦ Veronica Estrada, Directora
 Teléfono: (510) 723-3190 ♦ Fax: (510)582-0964 ♦
<https://ths-haywardusd-ca.schoolloop.com>

Distrito Escolar Unificado de Hayward, Formulario Físico

PARTE 1 (PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)				
APELLIDO		PRIMER NOMBREFECHA		GRADODE
NACIMIENTO	OTOÑO DEPORTE	INVIERNO DEPORTE DE	PRIMAVERA DEPORTE	NÚMEROIDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE
DEHISTORIAL DE SALUD (Debe completarse antes del examen) {Por favor Complete la página 1 y 2}				

	Sí	No	¿Este estudiante ha tenido alguna:		Sí	No	¿Este estudiante:
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Enfermedad crónica o recurrente?	16.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Enfermedad que dura más de 1 semana?	17.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Usa puentes, aparatos ortopédicos o placas dentales?
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Hospitalizaciones o Cirugía?	18.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Toma algún medicamento? (Enumere a continuación):
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Condición de nerviosa, psiquiátrica o neurológica?	19.	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Tiene antecedentes de: ¿Lesiones que requieran atención o tratamiento médico?
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Disfunción de Pérdida oórganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?	20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Dolor o lesión de cuello o espalda?
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, comida)?	21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Dolor o lesión en la rodilla?
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Problemas con el corazón o la presión arterial?	22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Dolor o lesión en el hombro o el codo?
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Dolor de pecho o falta de aire severa con el ejercicio?	23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Dolor o lesión en el tobillo?
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Mareos o desmayos con el ejercicio?	24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Otro dolor o lesión en las articulaciones?
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Fuertes desmayos, dolores de cabeza o convulsiones?	25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Hueos rotos (fracturas)?

11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento?	26.	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Historia adicional: ¿ ¿Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Agotamiento por calor, insolación u otros problemas con el calor?	27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Muerte de un padre o abuelo menor de 40 años debido a una causa o condición médica?
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Corazón acelerado, latidos cardíacos saltados, irregulares o soplo cardíaco?	28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Padre o abuelo que requiere tratamiento para una afección cardíaca menor de 50 años?
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Convulsiones?	29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Ha sido atendido por un médico en caso de emergencia o urgencia en los últimos 12 meses?
15.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Eventos severos o repetidos de calambres musculares?	30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Otras preocupaciones no mencionadas?
Fecha de la última vacuna conocida contra el tétanos (trismo): _____ Fecha del último examen físico completo: _____							
<u>Explique todas las respuestas "Sí" aquí junto con cualquier otro hecho o circunstancia que deba ser revelada antes del examen (use el reverso del formulario si es necesario) :</u> 							

AUTORIZACIÓN DEL PADRE / TUTOR: Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a realizar una Evaluación Física Deportiva en el estudiante. La información expuesta arriba es completa y precisa y no conozco ninguna razón por la cual el estudiante no pueda participar de manera completa y segura en los deportes enumerados. Entiendo que este es únicamente un examen de detección y que la ausencia de cualquier condición de salud o inquietudes enumeradas a continuación no significa que el estudiante esté libre de condiciones de salud dañinas reales o potenciales que puedan causarle lesiones o la muerte al estudiante mientras participa en deportes. Cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a la salud o seguridad del estudiante será referida a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para su revisión y evaluación.		
ESCRIBANOMBRE ELDEL PADRE O TUTOR:	FIRMA DEL PADRE O TUTOR:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONOTRABAJO TELÉFONO	DELDEL HOGAR:
NOMBRE DEL MÉDICO REGULAR:	TELÉFONO DE LA OFICINA:	FECHA:

**PARTE 2 (PARA SER COMPLETADA POR EL
MÉDICO / AYUDANTE / ENFERMERA EXAMINADORA)
{Por favor complete la página 3}**

	NORMAL	ANORMAL (Describa)	
Ojos / Oídos / Nariz / Garganta			Altura:
Piel			Peso:
cardíaco			Pulso: Después del ejercicio:
Abdomen			BP:
Genital / Hernia (hombres)			<p><u>RECOMENDACIÓN:</u> <input type="radio"/> Participación ilimitada <input type="radio"/> Participación limitada / Deportes, eventos o actividades específicos <input type="radio"/> Autorización retenida a la espera de una prueba / evaluación de centavos <input type="radio"/> Participa No hay participación atlética MARCAR</p> <p><u>SE DEBE UNA DE LAS ANTERIORES.</u></p>
Musculoesquelético:			
a. Cuello / Columna vertebral / Hombros / Espalda			
b. Brazos / Manos / Dedos			
c. Caderas / Muslos / Rodillas / Piernas			
d. Pies / Tobillos			
Examen de detección neurológica (NSE)			
Comentarios:			
ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO (MD, DO, PA O NP solamente)	FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA :	