



Es necesario presentar un examen físico anual para participar en las actividades de atletismo de PSJA ISD. Estas preguntas son formuladas para determinar si el estudiante ha desarrollado una condición la cual sea peligroso su participación en eventos atleticos.

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado _____ Escuela _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Teléfono móvil para estudiantes _____
Nombre de Doctor _____ Telefono _____ ¿El estudiante está cubierto por un seguro? PRIVADO SI NO CHIP/MEDICAID SI NO
En caso de emergencia: Nombre Padre/Guardian _____ Relación _____ Telefono (M) _____ (W) _____

Explique las respuestas marcadas "SI" en la caja** Circule las preguntas a las cuales no sabe la respuesta

SI NO
1. ¿Has tenido alguna enfermedad medica o lesion desde tu última revision o examen deportivo general?
2. ¿Has estado hospitalizado, de un dia para otro, el año pasado?
¿Has tenido cirugía?
Corazón/Cardíaco
3. ¿Alguna vez ha tenido pruebas para el corazón ordenado por un médico?
¿Alguna vez te has desmallado despues del ejercicio?
¿Has tenido dolor de pecho durante or despues del ejercicio?
¿Te cansas mas rapido que tus amigos durante el ejercicio?
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?
¿Has tenido alta preción o alto nivel de colesterol?
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?
¿Algun miembro de tu familia murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de los 50 años?
¿Algun miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido (dilato cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrofica, Síndrome de largo QT, o otro ion channelopathy (syndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marafan, o ritmo cardiaco anormal?
¿Has tenido infección viral grave (p. ej. Miocarditis o mononucleosis durante el ultimo mes)?
¿Algun medico te ha negado o restringido la participación en deportes por problemas del corazón?
Neurológico
4. ¿Has tenido alguna vez una lesion o concusión en la cabeza?
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente o perdido la memoria?
Si es sí, ¿cuantas becas? _____ Ultima concusión? _____
¿Que tan grave fue cada una? _____
¿Has tenido alguna vez un ataque?
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, piernas o pies?
¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio?
Médico General
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?
6. ¿Estás al cuidado de un medico?
7. ¿Estas tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas?
8. ¿Tienes alergias? (al polen, medicina, alimento, o alguna picadura de insecto)
9. ¿Te has mareado durante o despues de hacer ejercicio?
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel? (comezón, erupción acne, verrugas, hongos o ampollas)
11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?
12. ¿Has tenido algun problema con los ojos o la visión?
13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?
¿Has sido diagnosticado de asma?
¿Usas un inhalador?
¿Tienes alergias de estacion, que requieren tratamiento médico?
14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por el rasgo de células falciformes o enfermedad?

Huesos y Articulaciones
15. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbra para tu deporte o tu puesto? (tirantes en la rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)
16. ¿Has sufrido alguna luxación, distension o hinchazón despues de una lesión?
¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?
¿Has tenido algun otro problema con dolor hinchazon en los músculos, tendons, huesos, o algun articulación?
En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique a continuación:
 Cabeza Cuello Espalda Pecho Hombro
 Suprabrazo Codo Antebrazo Muñeca Mano
 Dedo Pies Cadera Pierna Rodilla
 Espinilla/Pantorilla Tobillo

Salud Mental
17. ¿Quieres cambiar tu peso en este momento?
18. ¿Te sientes estresado?

Solo Mujeres
19. ¿Cuando tuviste tu primer period menstrual? _____
¿Cuando fue to period menstrual más reciente? _____
¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una mestracion al picipio del siguiente? _____
¿Cuantos periodos menstruales has tenido en el ultimo año? _____
¿Cual fue el tiempo mas largo entre period menstraules? _____

Solo Hombres
20. ¿Tienes dos testículos?
21. Tiene hinchazón o masas testiculares?

Electrocardiograma (ECG)
NO se requiere un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el cribado cardíaco en el Formulario de concientización sobre el paro cardíaco repentino de UIL. El Departamento de Servicios de Salud de PSJA ISD ofrece examen de ECG por una tarifa de \$ 10.00. Entiendo que es responsabilidad de la familia pagar el ECG.

Si – Me gustaría obtener un ECG para mi estudiante para un examen cardíaco adicional
 NO – Rechazo un ECG para mi estudiante

Explique las respuestas Sí a continuación below. Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere autorización escrita de un médico, un asistente médico, un quiropráctico o una enfermera practicante antes de cualquier participación en las prácticas, juegos o partidos del UIL.

[Empty box for explanation of affirmative answers]

- Se entiende que aún que el atleta use equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue haviendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesion. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de accidente.
Si, a juicio de cualquier representatne de la escuela, el estudiante antedicho require atención y tratamiento medico inmediato a causa de un accidente ó enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier medico, entrenador atlético, enfermera, hospital, ó representatnte de la escuela, y acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela ó a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho.
Si, entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, ó en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad ó accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesion.

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, ESCUELA O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.

Sólo para uso escolar: This Medical History Form was reviewed by:
School Official Name _____
Date _____
Signature _____

Yo por el presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis respuestas al encime de preguntas son completas y correcto. El fracas para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.
FIRMA de ESTUDIANTE X _____
FIRMA de PADRE/GUARDIAN X _____ FECHA _____