



FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PARA DEPORTES

PARTE 1 (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

| | | | | | |
|---------------------|------------------|---------------------|----------------------|---|-------|
| APELLIDO | | PRIMER NOMBRE | | | GRADO |
| FECHA DE NACIMIENTO | DEPORTE DE OTONO | DEPORTE DE INVIERNO | DEPORTE DE PRIMAVERA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE | |

PARTE 1 – HISTORIAL DE SALUD (debe ser completado por el padre/tutor legal antes del examen)

| | SÍ | No | El estudiante ha tenido: | | SÍ | No | El estudiante tiene actualmente: |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Una enfermedad crónica o recurrente? | 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Lesiones que requieran atención o tratamiento médico? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Una enfermedad que duró más de 1 semana? | 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en el cuello o espalda? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hospitalizaciones o cirugías? | 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en las rodillas? |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Un trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico? | 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en los hombros o codos? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Pérdida o fallas en el funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas? | 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en los tobillos? |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, comida)? | 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún otro dolor o lesión en las articulaciones? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Problemas del corazón o presión arterial? | 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Huesos quebrados (fracturas)? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor en el pecho, significativa o grave dificultad para respirar durante o después del ejercicio? | 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa anteojos o lentes de contacto? |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Mareos o desmayos con o después del ejercicio? | 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa puentes dentales, freno o placas? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desmayos, dolores de cabeza intensos o convulsiones? | 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma algún medicamento? (Indique a continuación): |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Posible concusión o pérdida del conocimiento? | 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Defectos de nacimiento (corregidos o no)? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas para tolerar o responder al calor? | 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿La muerte de un padre o abuelo menor de 40 años de edad debido a una causa o trastorno médico? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular o soplo cardíaco? | 28. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Un padre o abuelo que requiere tratamiento por un trastorno cardíaco menor de 50 años de edad? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ataques o trastornos que causan ataques? | 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido atendido por un médico o con carácter de emergencia o urgencia en los últimos 12 meses? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Incidentes graves o reiterados de espasmos musculares? | | | | |

Fecha de la última vacuna contra el tétano (antitetánica) de la que se tenga conocimiento: _____

Fecha en que se efectuó el último examen físico: _____

Explique las respuestas por "SÍ". Describa cualquier otro hecho que debería ser dado a conocer antes del examen (use el reverso del formulario si es necesario):

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo al proveedor de atención de la salud a efectuar una Evaluación Física para Deportes del estudiante. La información provista es completa y exacta. Actualmente no conozco ninguna razón por la que el estudiante no pueda participar plenamente y con seguridad en los deportes indicados. Para las Evaluaciones Físicas para Deportes, que pueden ser efectuadas por voluntarios del Distrito, comprendo que la evaluación es sólo una evaluación general, y que debo consultar todas las inquietudes sobre la salud con el médico o proveedor de atención de la salud personal del Estudiante.

| | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|-------|
| ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE | | FIRMA DEL PADRE O TUTOR | |
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO DEL TRABAJO | TELÉFONO DE LA CASA | FECHA |
| NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA: | TELÉFONO DEL CONSULTORIO | | |

PARTE 2 – EVALUACIÓN MÉDICA (DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE EXAMINA AL ESTUDIANTE)

La evaluación sólo puede ser efectuada por entrenado correctamente doctores en medicina (Medical Doctors [MD]), Doctores en Osteopatía (Doctors of Osteopathy [DO]), Asistentes de Médicos (Physician's Assistants [PA]) y Enfermeros Diplomados (Nurse Practitioners [NP])

| | NORMAL | ANORMAL (describa) | (Puede estar incluido en el Formulario del Proveedor) |
|--|--------|--------------------|--|
| Ojos/oídos/nariz/garganta | | | Estatura: Peso: |
| Corazón, pulmones, función pulmonar | | | Pulso: Después del examen: |
| Abdomen, genitales/hernia (hombres) | | | BP: |
| Piel y sistema músculo-esquelético: | | | Recomendación: <input type="checkbox"/> Participación ilimitada <input type="checkbox"/> Participación limitada/ deportes, eventos o actividades específicas <input type="checkbox"/> Alta pendiente a la espera de otras pruebas/evaluación <input type="checkbox"/> No se autoriza participación deportiva Uno de los anteriores DEBE estar marcado. |
| a. Cuello/columna/hombros/espalda | | | |
| b. Brazos/manos/dedos | | | |
| c. Caderas/muslos/rodillas/piernas | | | |
| d. Pies/tobillos | | | |
| Examen de evaluación neurológica (Neurologic Screening Exam [NSE]) | | | |
| Paro cardíaco súbito/review de detección | | | |
| Evaluación para conmoción cerebral (sólo si es necesaria basada en información anterior) | | | |

Comentarios:

| | | |
|--|------------------|-------|
| ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE | FIRMA DEL MÉDICO | FECHA |
|--|------------------|-------|