

Estimados padres y tutores legales:

Nos estamos preparando para el próximo año escolar y las temporadas deportivas. Esta carta es para informarles de lo siguiente en relación con los exámenes físicos deportivos:

Tenemos un nuevo elemento opcional para el electrocardiograma (ECG por sus siglas en inglés) en el formulario de EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN (PPE por sus siglas en inglés). Al llenar el formulario físico, toda la información de la primera página (sección de historia clínica) debe ser completada antes de ver a su proveedor médico. La segunda página es para que la llene el proveedor médico. Notará que hay una nueva casilla para revisar en las preguntas 19, 20 y 21. Esto es en referencia al Texas House Bill (HB) 76 (proyecto de ley).

La Liga Interescolar Universitaria (UIL por sus siglas en inglés) ha actualizado su formulario de examen de pre-participación (PPE) para cumplir con el Texas House Bill (HB) 76. El HB 76 de Texas establece que cada estudiante que esté interesado en participar en un deporte en un plantel sancionado por la UIL, tiene la opción de hacerse un electrocardiograma (ECG) por cuenta de la familia.

Algunos pueden preguntarse por qué quisiera que a mi hijo le hicieran esta prueba en su corazón. La Asociación Americana del Corazón considera que un ECG proporciona dos tipos importantes de información.

- Primero, mide los intervalos de tiempo del corazón en el ECG mostrando intervalos normales o irregulares.
- Segundo, mide la cantidad de actividad eléctrica del músculo cardíaco en el ECG, mostrando el músculo cardíaco normal o sobrecargado.

Es fundamental que todos los padres o tutores legales sepan que tienen el derecho de elegir o rechazar que se le haga un examen de ECG a su hijo. El padre o tutor legal tiene dos opciones con respecto al formulario de PPE de la UIL:

- La primera opción es rechazar el ECG y realizar el examen físico como se ha hecho en el pasado. Si elige esta opción, simplemente no marque la casilla.
- La segunda opción es elegir el ECG y realizar el examen físico como se ha hecho en el pasado. Si elige esta opción, simplemente marque la casilla. **El costo de esta prueba correrá por cuenta de los padres o tutores legales.**

Una vez que se haya realizado el examen físico y usted quiere que se le haga un ECG, tiene la opción de que su médico familiar le haga un examen de ECG cuyo costo será pagado por los padres o tutores legales. O puede consultar con el entrenador de deportes de la escuela o central para solicitar información sobre otros proveedores que puedan hacer el ECG por cuenta de los padres o tutores legales. Conforme las pautas de UIL, el estudiante debe estar autorizado para participar por el profesional médico que realizó el examen físico de pre-participación antes de que éste pueda participar. No se prohíbe la participación de un estudiante-atleta hasta que se realice la prueba de ECG A MENOS QUE el profesional médico que realice el examen físico lo indique. Si el profesional médico que realiza el examen físico autoriza al estudiante a participar, éste podrá hacerlo hasta que se haya realizado el ECG. Si el examen físico se realiza por separado, el estudiante tendrá 60 días para proporcionar los resultados del ECG al entrenador de deportes para actualizar su expediente.

Si tiene alguna pregunta o duda, no dude en comunicarse conmigo por teléfono al 214-775-8904 o por correo electrónico a ceaton@dallasisd.org

Corey Eaton Assistant Director of Athletics
Corey Eaton, subdirector de atletismo

Este **FORMULARIO MÉDICO** debe ser llenado **anualmente** por el padre (o tutor legal) y el estudiante para que éste pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna **condición** que podría resultar peligrosa para participar en un evento.

Nombre del estudiante: (letra de molde) _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____
 Grado _____ Escuela _____
 Médico familiar _____ Teléfono _____
 En caso de emergencia, comuníquese con:
 Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono (C) _____ (T) _____

Explica las respuestas "Sí" en la casilla a continuación **. Encierra en un círculo las preguntas que no sepas la respuesta.

Número de Identificación estudiantil: _____

Responde todas las preguntas.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión médica desde el último chequeo o examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez se ha quedado sin aire inesperadamente haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padeces de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre de alergias estacionales que requieren de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez te has sometido a una prueba cardíaca ordenada por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Utilizas algún equipo o dispositivo protector o correctivo especial que no se suele utilizar (por ejemplo, rodillera, enrollamiento especial para el cuello, ortesis para los pies, retenedor en los dientes, audífono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Has sentido dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince, tensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sufrido alguna fractura ósea o dislocación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sientes que se te acelera el corazón u omite algún latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en los articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han dicho que padeces de un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, marca el espacio en blanco apropiado y explica a continuación:		
¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o de muerte inesperada antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón? (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, Síndrome de QT largo u otra patología de canales iónicos (síndrome de Brugada, etc.), ¿síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla
			<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
¿Has tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brazo superior	<input type="checkbox"/> Pie	
¿Te ha restringido un médico tus actividades físicas por cualquier problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres pesar más o menos que ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has sufrido una lesión en la cabeza o una concusión cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado o quedado inconsciente alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Te han diagnosticado o tratado por anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tu memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rasgo o enfermedad de células falciformes?		
Si es sí, ¿cuántas veces? _____			Solo para las damas		
¿Cuándo ocurrió la última concusión? _____			¿A qué edad tuviste tu primera menstruación? _____		
¿Qué tan severo fue cada una? (Explica a continuación) _____			¿Cuándo ocurrió tu periodo menstrual más reciente? _____		
¿Alguna vez ha convulsionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo suele tener desde el comienzo de un periodo hasta el comienzo de otro?		
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos periodos has tenido en el último año? _____		
¿Alguna vez has tenido adormecimiento u hormigueo en tus brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto fue lo más que se tardó en llegar tus menstruaciones el año pasado? _____		
5. ¿Alguna vez has tenido un nervio pillado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo para los hombres		
6. ¿Te faltan órganos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Te esta's perdiendo un testículo? _____		
7. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Tienes algún hinchazón o masas testiculares? _____		
8. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o pastilla recetada o sin receta, o está usando un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Tienes alguna alergia (por ejemplo, al polen, látex, medicamentos, alimentos o insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Te has mareado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Tiene algún problema de piel actual (por ejemplo, picazón, erupciones, comezón, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

No se requiere un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el examen cardíaco en la forma de conciencia cardíaca del UIL. Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi hijo/a para una evaluación cardíaca adicional. He leído y entiendo la información sobre la evaluación del ECG. Entiendo que es mi obligación de mi familia para programar y pagar por el examen del ECG.

EXPLICA LAS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (añade otra hoja si es necesario):

Se entiende que, aunque los atletas usen equipo de protección, siempre que lo necesiten, la posibilidad de que suceda un accidente aún permanece. Ni la Liga Inter escolar Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Si, a criterio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado necesita atención y tratamiento inmediato como resultado de cualquier lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermera o representante de la escuela proporcione a dicho estudiante dicha atención y tratamiento. Por este medio, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo de cualquier persona a causa de dicho cuidado y tratamiento de dicho estudiante. Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, ocurriera alguna enfermedad o lesión que pudiera limitar la participación de este estudiante, estoy de acuerdo en notificar a las autoridades escolares de dicha enfermedad o lesión.

Por la presente afirmo que, según mi saber y entender, las respuestas anteriores son correctas. No proporcionar respuestas correctas podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones determinadas por la UIL

Firma del estudiante: Firma _____ del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera practicante antes de participar en las prácticas, juegos o partidos de UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ESCOLAR ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, SCRIMAGE, ACTUACIÓN O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.

Para Uso de La Escuela Solamente:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra de molde _____ Fecha _____ Firma _____

**** Llène este formulario solamente con bolígrafo de tinta color negro****
EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN – HISTORIAL MÉDICO

**** Llène solo con bolígrafo negro ****

Número de Identificación estudiantil: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIO A LA PARTICIPACIÓN -EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante _____ **Sexo** _____ **Edad** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Altura _____ Peso _____ % Grasa corporal (opcional) _____ Pulso _____ Presión arterial (sentado) ____ / ____ (____ / ____, ____ / ____)

Visión: R 20 / _____ L 20 / ____ Corregido: Y N Alumnos: Igual Desigual

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela secundaria y nuevamente antes del primer y tercer año de participación en la preparatoria. **Debe** completarse si hay respuestas afirmativas a preguntas específicas en el FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA del estudiante. *** La política del distrito puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in supine position			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/ Arm			
Elbow/ Forearm			
Wrist/ Hand			
Hip/ Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
* station-based examination only			

Clearance

Cleared

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not Cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone number: _____

Signature: _____

Please Use Medical Provider Stamp Below:

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out of season) or performance/ games/matches.