

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN – HISTORIAL MÉDICO

Los padres (o tutores legales) y el estudiante deben llenar este HISTORIAL MÉDICO **cada año** para que el estudiante pueda participar en las actividades deportivas. Estas preguntas nos ayudarán a determinar si el estudiante ha desarrollado algún padecimiento que lo pondría en peligro en algún evento deportivo.

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nac. _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
 Grado _____ Escuela _____
 Médico _____ Teléfono _____
 En caso de emergencia podemos comunicarnos con:
 Nombre _____ Relación _____ Tel. casa _____ Tel. móvil _____

Si respondió "sí", explique más abajo. Ponga en un círculo las respuestas que no sabe. Ident. Estudiante # _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión desde tu último examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez te ha faltado el aliento inesperadamente al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has sido hospitalizado este último año? ¿Has tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padeces asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido exámenes del corazón prescritos por un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padeces de alergia debido a cambios de estación que necesita medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te has desmayado haciendo ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algún equipo o aparato especial como protección o para corregir que no es común en tu deporte o posición (protector de rodilla, cabezal especial, de ortopedia, paladar, aparato auditivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido dolor de pecho o torácico cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Después de una lesión, ¿has tenido una torcedura, distensión o hinchazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando haces ejercicio, ¿te cansas más rápido que tus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se te ha roto o fracturado un hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tu corazón ha latido muy rápido o se salta latidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón de los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido colesterol alto o presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, marca lo apropiado y explica más abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?			<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera		
¿Algún familiar ha muerto por problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla		
¿Algún familiar ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón (cardiomiopatía dilatada), cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de prolongación del intervalo IQ u otra canalopatía de los iones (síndrome de Brugada, etc.), síndrome de Marfan, o con ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pantorrilla/espinilla <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Brazo superior <input type="checkbox"/> Pie		
¿Has tenido una infección viral seria (como miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres subir o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún médico ha restringido o prohibido tu participación en los deportes debido a problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Estas estresado ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez has tenido una contusión o herida en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Te han diagnosticado o has recibido tratamiento para células falciformes o padecimiento celular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has perdido el conocimiento, estado inconsciente o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para mujeres: 19. ¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual? _____ ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____		
De ser así, ¿cuántas veces? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generalmente, cuantos días pasas entre periodos menstruales _____		
¿Cuándo tuviste tu última contusión? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos periodos menstruales has tenido en el último año? _____		
¿Qué tan severas fueron? Explica en el espacio más abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En el último año, ¿cuál es el máximo de días entre un periodo menstrual y otro? _____		
¿Alguna vez has tenido una convulsión? ¿Tienes dolores de cabeza fuerte o frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Alguna vez se te han adormecido o sentido que te hormigean los brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Una persona respondiendo afirmativamente a cualquiera de las preguntas relacionadas a un posible problema cardiovascular (las preguntas 3), identificado en este formato, no se le permitirá participar hasta que lo haya examinado y aprobado un médico, un asistente médico, quiropráctico o enfermera practicante		
¿Alguna vez has tenido un nervio "quemante", "punzante" o pinchado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAVOR DE ESCRIBIR SUS EXPLICACIONES EN EL SIGUIENTE ESPACIO (de ser necesario puede añadir otra hoja)		
5. ¿Te falta algún órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Estás bajo cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿Estás tomando algún medicamento recetado o sin receta, o pastillas o estas usando un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Tienes alergias? (polen, medicamentos, alimentos, insectos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Alguna vez te has mareado durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tienes problemas de la piel? (comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Alguna vez has tenido problemas de visión o en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Se entiende que, a pesar de que el deportista use equipo protector cuando sea necesario, siempre existe la posibilidad de un accidente. En caso de accidente, la University Interscholastic League y la escuela no asumen responsabilidad alguna.

Si, cualquier representante de la escuela decide que el estudiante aquí mencionado necesite atención o tratamiento médico inmediato debido a una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para que se le de dicho cuidado y tratamiento al estudiante aquí mencionado por un médico, entrenador deportivo, enfermera o representante de la escuela. Por medio de la presente certifico que indemnizaré y eximiré a la escuela, a cualquier otra escuela, a los representantes de hospital, de cualquier reclamo que cualquier persona pudiera hacer por el tratamiento y cuidado de dicho estudiante.

Si, entre el día de hoy y el comienzo de la competencia deportiva, este estudiante tuviera una enfermedad o lesión que limitará su participación, me comprometo a notificar a la escuela de dicha enfermedad o lesión.

Por medio de la presente declaro que, a mi saber y entender, las respuestas a estas preguntas están completas y correctas. Si las respuestas no fueran verdaderas, el estudiante mencionado podría recibir los castigos determinados por la UIL.
 Firma del estudiante _____ Firma del padre _____ Fecha _____

Si la respuesta a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, o 6 es sí, se requiere una evaluación adicional que podría incluir un examen físico. Aprobación por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera practicante será necesaria antes de participar en las prácticas, juegos y competencias de UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO O COMPETENCIA ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.

For school use only

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nac. _____

Altura _____ Peso _____ Grasa corporal % _____ Pulso _____ BP ____/____ (____/____/____/____)
 Presión arterial mientras está sentado

Visión: R 20/ _____ L 20/ _____ Corregido: Sí No Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, esta **Forma de Evaluación Física** debe ser llenada antes de participar en los deportes de secundaria y otra vez antes del comienzo del primer y tercer año en la participación de deportes en la preparatoria. **Debe ser** llenada si hay respuestas que son "Si" en preguntas específicas en la FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO al reverso. *Las regulaciones del distrito escolar local podrían requerir una evaluación física anual.

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS *
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the 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	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS *
Neck			
Back			
Shoulder / Arm			
Elbow / Forearm			
Wrist / Hand			
Hip / Thigh			
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: _____

Debe llenarse antes de que el estudiante pueda participar en cualquier práctica antes, durante o después de la escuela (tanto en temporada como fuera de temporada) o en juegos o competencias.