

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NATOMAS
2024-25 FORMULARIO DE EXAMEN FISICO DE DEPORTES

PART 1 (Debe ser completado por el Padre/Guardian)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		APELLIDO DEL ESTUDIANTE:		No. de ID:
GRADO:	FECHA DE NACIMIENTO:	DEPORTES DE OTONO:	DEPORTE DE INVERNO:	DEPORTE DE PRIMAVERA:

HISTORIAL MEDICO (Debe ser completado antes de recibir Servicios de Salud)

SI	NO	<i>Ha tenido el estudiante algo de lo siguiente:</i>	SI	NO	<i>Tiene este estudiante:</i>
		1. ¿Enfermedad crónica o recurrente?			16. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?
		2. ¿Enfermedad que dura más de 1 semana?			17. ¿Usa puentes dentales, aparatos ortopédicos o placas?
		3. ¿La hospitalización o cirugías?			18. ¿Medicamento? (Lista a continuación):
		4. ¿Nervioso, psiquiátrica o afección neurológica?			
		5. ¿La pérdida o no funcional de órganos (ojos, riñones, hígado, testículos) o glándulas?	SI	NO	<i>Hay algún historial de:</i>
		6. ¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, alimentos)?			19. ¿Las lesiones que requieran atención médica o tratamiento?
		7. ¿Los problemas con el corazón o la presión arterial?			20. ¿Cuello o dolor de espalda o lesión?
		8. ¿Dolor en el pecho o dificultad respiratoria grave con el ejercicio?			21. ¿El dolor de rodilla o lesión?
		9. ¿Mareos o desmayos con el ejercicio?			22. ¿Hombro o lesión en el codo?
		10. ¿Desmayos, dolores de cabeza o convulsiones?			23. ¿Dolor en el tobillo o lesión?
		11. ¿Conmoción cerebral o pérdida de la conciencia?			24. ¿Huesos rotos (fracturas)?
		12. ¿El agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas con el calor?			25. ¿Huesos rotos (fracturas)?
		13. ¿Palpitas de corazón, omitido, latidos irregulares del corazón, o soplo en el corazón?	SI	NO	<i>Further history:</i>
		14. ¿Convulsiones?			26. ¿Los defectos de nacimiento (corregidos o no)?
		15. ¿Casos de calambres musculares graves o repetidas?			27. ¿La muerte de un padre o abuelo de menos de 40 años de edad debido a causa médica o condición?
Fecha de la última conocida tétanos (trismo) disparo:					28. ¿Padre o abuelo que requiere tratamiento para afección cardíaca menor de 50 años de edad?
Fecha del último examen físico completo:					29. ¿Visto por un médico en caso de emergencia o bases urgentes en los últimos 12 meses?

Explique todo, si la respuesta es "Sí" aquí junto con cualquier otro hecho o circunstancia que debe ser divulgada antes del examen (utilice el reverso de la forma):

PADRE/AUTORIZACIÓN DEL TUTOR: Autorizo a un médico o debidamente autorizado asistente médico supervisado o enfermera para realizar una Evaluación Física Deportes en el estudiante. La información expuesta anteriormente está completa y exacta y no sé de ninguna razón por la que el estudiante no puede participar plenamente y de manera segura en los deportes mencionados anteriormente. Entiendo que esto es solamente un examen de selección y que la ausencia de las condiciones de salud o preocupaciones que figuran a continuación no significa que el estudiante está libre de condiciones perjudiciales para la salud reales o potenciales que pueden causar la lesión o la muerte del estudiante durante su participación en los deportes. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener en relación con la salud o la seguridad del estudiante serán referidas a nuestro médico o profesional de la salud personal para su revisión y evaluación.

ESCRIBIR EL NOMBRE DE PADRE/NOMBRE DEL GUARDIAN:	FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN:		
DOMICILLO:	NO.DE TRABAJO:	NO. DE CASA:	FECHA:
NOMBRE DEL MEDICO REGULAR:	NO. DE OFICINA:	PROVEDOR/ORGANIZACION:	

PORTE 2 (DEBE SER COMPLETADO POR EL TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)

	NORMAL	ANORMALES (Describe)	
OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA			ESTATURA:
Piel			PESO:
CORAZÓN			PULSO:
ABDOMEN			PULSO DESPUES DEL EX:
GENITAL/HERNIA(MALES) MUSCULOSKETAL			BP:
A. CUELLO/ ESPINA DORSAL/ HOMBRO/ ESPALDA			RECOMENDACIONES:
B. ARMS/HANDS/FINGERS			<input type="checkbox"/> Participación ilimitada
C. CADERA/MUSLO/ RODILL/PIERNAS			<input type="checkbox"/> Participación limitada/deportes específicos, eventos, actividades
D. PIE/TOBILLO			<input type="checkbox"/> Liquidación retenido pendiente de mas pruebas/evaluaciones
NEUROLOGÍA EXAMEN de REVISION (NSE)			<input type="checkbox"/> Ninguna participación de atletismo
			UNA DE LAS OPCIONES DE ARRIBA DEBEN SER SELECCIONADAS

COMENTARIOS (use el reverso del formulario):

ESCRIBA EL NOMBRE DEL MEDICO (M.D., D.O., P.A, OR N.P. SOLAMENTE)	FIRMA DE MEDICO	FECHA
---	-----------------	-------