

## Historial de salud para Atletismo del Departamento de Salud de Nueva York

Formulario de dos páginas. Ambas páginas deben completarse.

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| Nombre del estudiante:  |   | Fecha de Nacimiento: |
| Nombre de la escuela:   |   | Edad:                |
| Grado: <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 | Nivel: <input type="checkbox"/> modificado <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity |                      |
| Deporte:  | Limitaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                   |                      |
| Fecha del último examen de salud:   | Fecha que se completó formulario:   |                      |

**Historial de salud debe ser completado por padre ó tutor. Proporcione detalles a cualquier respuesta afirmativa SÍ .** Cualquier medicamento que deba tomarse en una práctica ó evento Deportivo requerirá la documentación correspondiente. Comuníquese con la enfermera si tiene preguntas.

| Problemas Generales de Salud  |    |    |
|---|----|----|
| Su hijo e hija:   | Si | No |
| 1. Alguna vez ha sido restringido por un médico, asistente médico o enfermera practicante de participar en deportes por algún motivo?   |    |    |
| 2. Tiene una condición médica en curso?<br><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Rasgo o enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Otro  |    |    |
| 3. Alguna vez le hicieron una cirugía?  |    |    |
| 4. Ha pasado la noche en un hospital?   |    |    |
| 5. Ha sido diagnosticado con Mononucleosis en el último mes?  |    |    |
| 6. Tiene un solo riñón funcional?   |    |    |
| 7. Tiene un trastorno de sangrado?  |    |    |
| 8. Tiene algún problema con su audición? usa audí fonos?  |    |    |
| 9. Tiene algún problema con su visión o tiene visión en un solo ojo?  |    |    |
| 10. Usa gafas o lentes de contacto?   |    |    |
| Alergias  | Si | No |
| 11. Tiene una alergia que pone en peligro tu vida? Marque cualquiera que aplique:<br><input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Mordida de insectos<br><input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicina<br><input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro |    |    |
| 12. Lleva un autoinyector de epinefrina?  |    |    |
| Respiración   | Si | No |
| 13. Alguna vez se ha quejado de estar más cansado o falta de aliento que sus amigos durante el ejercicio?   |    |    |
| 14. Sibilancias o tos frecuentemente durante o después del ejercicio?   |    |    |
| 15. Alguna vez le ha dicho su doctor que tiene asma?  |    |    |
| 16. Usa o llevas un inhalador o nebulizador?  |    |    |

| Historia de Conmoción /Lesión en la cabeza  | Si | No |
|---|----|----|
| 17. Alguna vez recibió un golpe en la cabeza que le causó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?  |    |    |
| 18. Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?  |    |    |
| 19. Alguna vez tuvo dolores de cabeza con el ejercicio?   |    |    |
| 20. Alguna vez ha tenido convulsiones inexplicables?  |    |    |
| 21. Actualmente recibe tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?  |    |    |
| Dispositivos/Acomodaciones  | Si | No |
| 22. Usa un aparato ortopédico u otro dispositivo?   |    |    |
| 23. Tiene algún dispositivo especial o prótesis (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)? <b>En caso de afirmativo, puede ser necesario completar otro formulario requerido.</b>  |    |    |
| 24. Usa gafas de protección o una máscara facial?   |    |    |
| Historial Familiar  | Si | No |
| 25. Algun familiar ha sido diagnosticado con una enfermedad cardíaca, como un soplo, desarrolló miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecha, QT largo o síndrome de QT corto, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? |    |    |
| Sólo Femeninas  | Si | No |
| 26. Comenzó a tener períodos?   |    |    |
| 27. A que edad comenzó:   |    |    |
| 28. Tiene períodos regulares?   |    |    |
| 29. Fecha del último período menstrual:   |    |    |
| Sólo Masculinos   | Si | No |
| 30. Tiene un solo Testículo?  |    |    |
| 31. Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia en la ingle?  |    |    |

## Historial de salud para Atletismo del Departamento de Salud de Nueva York – Página 2

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

| Heart Health  | Si | No |
|---|----|----|
| 32. Alguna vez se desmayó durante o después del ejercicio?  |    |    |
| 33. Alguna vez se ha quejado de mareo o mareos durante o después del ejercicio?   |    |    |
| 34. Alguna vez se quejó de dolor en el pecho, opresión o presión durante o después del ejercicio?   |    |    |
| 35. Alguna vez se quejó de latidos saltados, su corazón acelerado, o tiene un marcapasos?   |    |    |
| 36. Alguna vez su doctor le ha hecho uno de estos exámenes: EKG, prueba de esfuerzo, ecocardiograma?  |    |    |
| 37. Alguna vez le han dicho que tienen una afección cardíaca o problema por un médico? Si es así, marque todo lo que corresponda:<br><input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco<br><input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja<br><input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki<br><input type="checkbox"/> Otro |    |    |
| Historial de Lesiones   | Si | No |
| 38. Alguna vez ha sido diagnosticado con una fractura?  |    |    |

| Historial de Lesiones  | Si | No |
|--|----|----|
| 39. Nunca ha podido mover sus brazos y piernas, o tenido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de haber sido golpeado o caído? |    |    |
| 40. Alguna vez sufrió una lesión, dolor o hinchazón de una articulación que le hizo perder la práctica o un juego?                     |    |    |
| 41. Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?  |    |    |
| 42. Se han vuelto las articulaciones dolorosas, hinchadas, calientes o rojas con el uso?   |    |    |
| Salud de la piel   | Si | No |
| 43. Actualmente tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de la piel?   |    |    |
| 44. Ha tenido herpes o infecciones por MRSA en la piel?  |    |    |
| Salud Estomacal  | Si | No |
| 45. Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio en climas cálidos?  |    |    |
| 46. Tiene una dieta especial o tienes que evitar ciertos alimentos?  |    |    |
| 47. Tiene que preocuparte por su peso?   |    |    |
| 48. Tiene problemas estomacales?   |    |    |
| 49. Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?   |    |    |

**Explique por completo cualquier pregunta a la que haya respondido que Sí en el espacio a continuación.** (Escriba con claridad y proporcione las fechas si las conoce).

---



---



---



---



---



---



---



---

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_