

(El Padre de Familia debe completar este formulario con la ayuda del estudiante atleta)

Fecha del Examen: _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Tel: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____
 Género: _____
 Grado: _____
 Escuela: _____
 Deporte(s): _____
 Médico Personal: _____
 Hospital de Preferencia: _____

Contacto en caso de emergencia:
 Nombre: _____
 Relación: _____
 Tel. (casa): _____
 Tel. (trabajo): _____
 Tel. (celular): _____

 Nombre: _____
 Relación: _____
 Tel. (casa): _____
 Tel. (trabajo): _____
 Tel. (celular): _____

Si responde "SI" a alguna de las siguientes preguntas, explique su respuesta en la siguiente página. Encierre en un círculo las respuestas que desconozca.

	SI	NO			
1) ¿Alguna vez un doctor le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo?					
2) ¿Actualmente padece alguna condición médica (como diabetes o asma)?					
3) ¿Actualmente está tomando algún medicamento o suplemento recetado o sin receta (de venta libre) (especifique):					

4) ¿Es alérgico a medicamentos, al pólen, alimentos o a piquetes de insectos?					
(especifique): _____					
5) ¿Su corazón se acelera se salta latidos durante el ejercicio?					
6) ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene (marque todas las que apliquen):					
Hipertensión	Soplo en el corazón	Colesterol Alto	Una Infección del Corazón		
7) ¿Ha pasado alguna noche en el hospital?					
8) ¿Ha tenido alguna cirugía?					
9) ¿Alguna vez a tenido una lesión (esguince, desgarro de músculo/ligamento, tendinitis, etc.), que le haya causado perder una práctica o un juego? (en caso afirmativo, marque en uno de los cuadros el área afectada después de la pregunta 11)					
10) ¿Ha tenido algún hueso roto/fracturado o articulaciones dislocadas? (en caso afirmativo, marque en uno de los cuadros el área afectada, después de la pregunta 11)					
11) ¿Ha tenido una lesión en hueso/articulación que requirió Radiografías, Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Cirugía, Inyecciones, Fisioterapia de Rehabilitación, un Aparato Ortopédico, Yeso o Muletas? (en caso afirmativo, marque en uno de los cuadros a continuación, el área afectada)					
Cabeza	Cuello	Hombro	Parte superior del Brazo	Codo	Parte Superior del Antebrazo
Mano/Dedos	Pecho	Espalda Alta	Espalda Baja	Cadera	Muslos
Rodilla	Pantorrilla	Tobillo	Pies/Dedos de los Pies		
	Espinilla				

Si No

- 12) ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés?
- 13) ¿Le han dicho que tiene o le han hecho una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?
- 14) ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico o dispositivo de asistencia?
- 15) ¿Le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?
- 16) ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?
- 17) ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?
- 18) ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?
- 19) ¿Naciste sin, te falta o tienes un riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano que no funciona?
- 20) ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono, enfermedad del beso, virus de Epstein-Barr VEB) en el último mes?
- 21) ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas en la piel?
- 22) ¿Ha tenido una infección de la piel por herpes?
- 23) ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cara, la cabeza, el cráneo o el cerebro (incluida una conmoción cerebral, confusión, pérdida de la memoria o dolor de cabeza por un golpe en la cabeza, que le "toquen la campana" o que le "golpeen")?
- 24) ¿Alguna vez has tenido una convulsión?
- 25) ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de un golpe, caída, pinchazos o quemaduras?
- 26) Mientras hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares severos o se enferma?
- 27) ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo drepanocítico o la enfermedad de células falciformes?
- 28) ¿Alguna vez le han hecho la prueba del rasgo drepanocítico?
- 29) ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?
- 30) ¿Usa anteojos o lentes de contacto?
- 31) ¿Usa gafas protectoras, como máscara facial o un protector facial?
- 32) ¿Estás contento con tu peso?
- 33) ¿Está tratando de ganar o perder peso?
- 34) ¿Alguien le ha recomendado cambiar su peso o sus hábitos alimenticios?
- 35) ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?
- 36) ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?

Solo Mujeres

Explique las respuestas "Sí" aquí

	SI	NO
37) ¿Ha tenido alguna vez el período menstrual?		
38) ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?	_____	
39) ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año?	_____	

El médico debe completar este formulario con la ayuda del padre o tutor.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Preguntas sobre el historial del paciente: Cuénteme sobre su hijo....

SI NO

- 1) ¿Se ha desmayado su hijo DURANTE o DESPUÉS del ejercicio, de una emoción o sobresalto?
- 2) ¿Alguna vez su hijo ha tenido dificultad extrema para respirar durante el ejercicio?
- 3) ¿Ha tenido su hijo fatiga extrema asociada con el ejercicio (diferente a otros niños)?
- 4) ¿Alguna vez su hijo ha sentido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?
- 5) ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón de su hijo?
- 6) ¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo un trastorno convulsivo inexplicable?
- 7) ¿Alguna vez su hijo ha sido diagnosticado con asma inducida por el ejercicio que no se controla bien con medicamentos?

Explique las respuestas "Sí" aquí

COVID-19...

SI NO

- 1) ¿Su hijo ha sido diagnosticado con COVID-19?
 1a) En caso afirmativo, ¿su hijo todavía tiene síntomas de su infección por COVID-19?
- 2) ¿Su hijo fue hospitalizado como resultado de complicaciones de COVID-19?
- 3) ¿Su hijo ha sido diagnosticado con Síndrome Multi inflamatorio en Niños (MIS-C)?
- 4) ¿Le ordenaron a su hijo alguna prueba especial para el corazón o los pulmones o lo refirieron a un especialista del corazón (cardiólogo) para que lo autoricen a volver a practicar deportes?
- 5) ¿Ha vuelto su hijo a participar plenamente en los deportes?
- 6) ¿Ha tenido su hijo exposición directa o conocida a alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 3 meses?
 6a) ¿Le hicieron la prueba de COVID-19 a su hijo?
- 7) ¿Su hijo recibió la vacuna COVID-19?
 7a) ¿Cuál fue el fabricante de la vacuna? _____
 7b) Fecha de vacunación (s) _____

Explique las respuestas "Sí" aquí

Versión del Cuestionario de Salud del Paciente 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido alguno de los siguientes problemas? (circule las respuestas)

	Para Nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi Todos los Días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde.	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación.	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
Sentirse deprimido, desanimado sin esperanza	0	1	2	3

(Una suma de ≥ 3 se considera positiva en cualquier subescala [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección).

Si obtiene una suma de 3 o más en cualquiera de las preguntas 1 y 2, o 3 y 4, es posible que tenga ansiedad o depresión que lo esté afectando más de lo normal. En este caso, se recomienda que hable con un proveedor de atención médica de confianza, como su médico de atención primaria, su entrenador deportivo en la escuela o un consejero en la escuela. Si no hay alguien con quien se sienta cómodo hablando o si está interesado en obtener más información para ayudarse a sí mismo o a un amigo, utilice los recursos que se proporcionan a continuación.

Para obtener más información sobre la salud mental de los estudiantes atletas:

[Quiet Suffering - A Resource for Student-Athlete Mental Health](https://spark.adobe.com/page/lltwyoLpTAp0V/)

spark.adobe.com/page/lltwyoLpTAp0V/

**Teen Lifeline Call y Text Crisis Line
(602) 248-8336 (TEEN)**

Fuera del Condado de Maricopa llame al: 1-800-248-8336 (TEEN)

Horario de llamadas: Las 24 horas/7 días de la semana /365 días del año | Texto de Lunes a Viernes de 12 a 9 pm. y Sábados y Domingos de 3 a 9 pm. | Consejería de Pares 3 a 9 pm. diariamente

Texto a la Línea de Crisis: Envíe la palabra HOME al 741741 para conectarse con un consejero de crisis

National Suicide Prevention Lifeline (Línea de Vida para la Prevención del Suicidio)

1-800-273-8255 o suicidepreventionlifeline.org

The Trevor Lifeline

866-488-7386 (para jóvenes de género diverso)

Preguntas de antecedentes familiares: Por favor dígame acerca de cualquiera de los siguientes en su familia...

	SI	NO		SI	NO
1) ¿Hay miembros de la familia que hayan tenido una muerte súbita/inesperada/inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo SIDS, accidentes automovilísticos, por ahogamiento o casi ahogamiento)					
2) ¿Hay algún miembro de la familia que haya muerto repentinamente por “problemas cardíacos” antes de los 50 años?					
3) ¿Hay algún miembro de la familia que tenga desmayos o convulsiones inexplicables?					
4) ¿Existen familiares con ciertas condiciones, tales como:					
	SI	NO		SI	NO
Corazón agrandado			Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)		
Miocardiopatía hipertrófica (MCH)			Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC)		
Miocardiopatía dilatada (MCD)			Síndrome de Marfan (rotura aórtica)		
Problemas de ritmo cardíaco			Ataque cardíaco, 50 años o menos		
Síndrome de QT largo (SQTL)			Marcapasos o Desfibrilador Implantado		
Síndrome de QT			Sordo al nacer		
Síndrome de Brugada					

Explique las respuestas "Sí" aquí

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede ser revocada si no he proporcionado información veraz y precisa en respuesta a las preguntas anteriores.

Firma del Estudiante Atleta

Firme del Padre/Guardián

Fecha

Firme de MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

Fecha

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
 Edad: _____ Sexo: _____
 Estatura: _____ Peso: _____
 % Grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____
 Prsión arterial: ____ / ____ (____ / ____, ____ / ____)
 Visión: Derecho **20**/ ____ Izquierdo **20**/ ____ Corregida: Si No
 Pupilas: Igual Desigual

	Normal	Hallazgos Anormales	Iniciales *
Médico			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Garganta/Naríz			
Auditivo			
Ganglios Linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario y			
Piel			
Musculoesquelético			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Manos/Dedos			
Muslo/Cadera			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pies/Dedos de los Pies			

* - Solo configuración de varios examinadores - Se recomienda la presencia de un tercero para el examen genitourinario

NOTAS:

Autorizado Sin Restricción

Autorizado con la Siguiente Restricción: _____

No Autorizado para: Todos los Dep. Ciertos Deportes : _____ Razón: _____

Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de:

Recomendaciones: _____

Nombre del Médico (letra de molde): _____ Fecha del Examen _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Firma del Médico: _____, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

Asociación Interescolar de Arizona, Inc. Lesión Cerebral Traumática Leve (MTBI) Conmoción Cerebral Declaración Anual y Formulario de Acuse de Recibo

Yo, _____ (estudiante), reconozco que tengo que ser un participante activo en mi propia salud y tengo la responsabilidad directa de informar todas mis lesiones y enfermedades al personal de la escuela (por ejemplo, entrenadores, médico del equipo, personal del entrenamiento). Además reconozco que mi condición médica depende de proporcionar un historial médico preciso y una divulgación completa de cualquier síntoma, molestia, lesión previa y/o discapacidad experimentada antes, durante o después de las actividades deportivas.

Al firmar a continuación, reconozco:

- Mi institución me ha proporcionado materiales educativos específicos, incluida la hoja informativa sobre conmoción cerebral de los CDC (<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>) sobre qué es una conmoción cerebral y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.
- He revelado completamente al personal cualquier condición médica previa y también revelaré cualquier condición futura.
- Existe la posibilidad de que la participación en mi deporte resulte en una lesión en mi cabeza y/o una conmoción cerebral. En raros casos, estas conmociones cerebrales pueden causar daño cerebral permanente e incluso la muerte.
- Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, de la cual soy responsable de informar al médico del equipo o al entrenador de atletismo.
- Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades cotidianas y afectar mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño y desempeño en el salón de clases.
- Algunos de los síntomas de la conmoción cerebral pueden notarse de inmediato, mientras que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de informar de la lesión al personal de la escuela.
- No volveré a jugar en un juego o práctica si he recibido un golpe en la cabeza o en el cuerpo que resulte en síntomas relacionados con una conmoción cerebral.
- No volveré a jugar en un juego o práctica hasta que mis síntomas se hayan resuelto Y tenga una autorización por escrito para volver, por parte de un profesional de la salud calificado.
- Después de una conmoción cerebral el cerebro necesita tiempo para recuperarse y es mucho más probable que vuelva a sufrir una conmoción cerebral o que sufra más daños si vuelve a jugar antes de que se resuelvan los síntomas.

Según la incidencia de conmoción cerebral publicada por los CDC, los siguientes deportes han sido identificados como de alto riesgo de conmoción cerebral; béisbol, baloncesto, clavados, fútbol, salto con pértiga (garrocha), soccer, porrista y lucha libre.

Declaro y certifico que mi padre/guardián y yo hemos leído la totalidad de este documento y comprendemos completamente el contenido, las consecuencias y las implicaciones de firmar este documento y que acepto quedar obligado por este documento.

Estudiante Atleta:

Nombre: _____ Si Firma _____ Fecha: _____

El Padre o Guardián debe escribir su nombre y firmar a continuación e indicar la fecha de la firma:

Escriba su nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO 2023-24

En general se requiere el consentimiento de los padres para los atletas menores de edad para los servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento rehabilitación y remisión de lesiones y enfermedades, junto con decisiones sobre el regreso para jugar después de una lesión o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o guardián legal no está disponible de inmediato para dar su consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y la seguridad de esos atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato y no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre/guardián.

En consecuencia, como miembro de la Asociación Interescolar de Arizona (AIA), _____ (nombre de la escuela o distrito escolar) requiere como condición previa para participar en actividades interescolares, que un padre/guardián legal proporcione su consentimiento por escrito para la prestación de los servicios de medicina deportiva necesarios a su atleta por un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado de otra manera por la escuela/distrito/AIA, en la medida en que el QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador de atletismo, un médico, un asistente médico, o una enfermera con licencia del estado de Arizona (o el estado en el que se encuentra el estudiante-atleta en el momento en que ocurre la lesión/enfermedad) y que actúa de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Arizona. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico certificado o un técnico en emergencias médicas, pero solo con el fin de brindar atención de emergencia y transporte según lo designado.

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE

“Yo, _____, el que firma el presente documento, soy el padre/guardián legal de, _____,

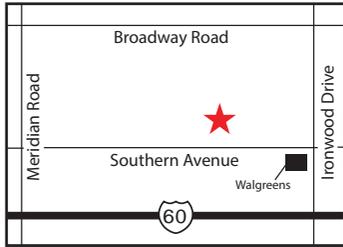
un menor y estudiante atleta en _____

(nombre de la escuela o Distrito Escolar) que tiene la intención de participar en deportes y/o actividades interescolares.

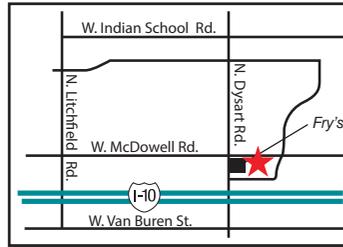
Entiendo que la escuela/distrito/AIA emplea o designa QMP (como se define anteriormente) para brindar servicios de medicina deportiva (como también se define anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante y después de las actividades relacionadas con el deporte y que en ciertas ocasiones son actividades relacionadas con el deporte que se lleva a cabo fuera de las instalaciones de la escuela/distrito durante las cuales otros QMP son responsables de brindar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy consentimiento para que dicho QMP brinde dichos servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre el regreso al juego de acuerdo con el alcance definido de la práctica bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Arizona lo limite de otra manera. También entiendo que QMP puede mantener la documentación relacionada con cualquier servicio de medicina deportiva proporcionado al menor mencionado anteriormente. Por la presente autorizo al QMP que brinda dichos servicios al menor mencionado anteriormente a divulgar dicha información sobre la lesión/enfermedad del atleta, la evolución, la condición, el tratamiento, la rehabilitación, y el estado de regreso al juego a aquellos que, a juicio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y recuperación de la lesión/enfermedad y para proteger la salud y seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores mencionados anteriormente, al director deportivo, a la enfermera escolar o a cualquier maestro de clase que se requiera que brinde adaptaciones académicas para asegurar la recuperación del estudiante-atleta y el regreso seguro a la actividad y cualquier QMP de entrenamiento.

Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la lesión/enfermedad, el menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Entiendo, sin embargo, que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una lesión/enfermedad serán tomadas por el QMP empleado/designado por la escuela/distrito/AIA.

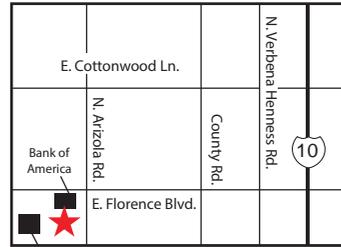
Fecha: _____ Firma : _____



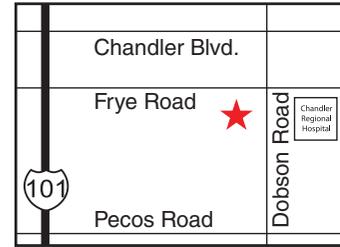
Apache Junction • 85120
2080 West Southern Ave., Suite #A1



Avondale • 85392
13075 W. McDowell Rd., Suite #D106



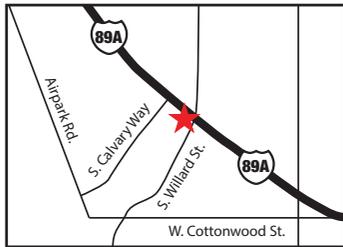
Casa Grande • 85122
1683 E. Florence Blvd., Suite #7



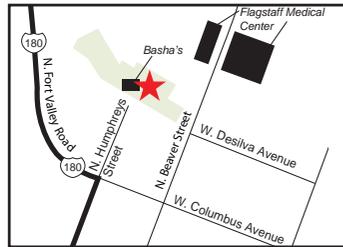
Chandler • 85224
600 S. Dobson Road, Suite #C-26



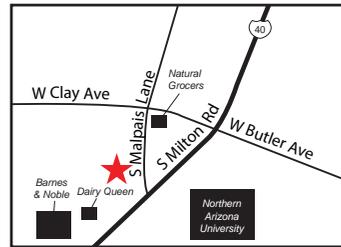
Chandler • 85248
1155 W. Ocotillo Road, Suite #4



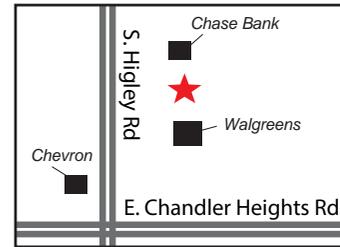
Cottonwood • 86326
450 S. Willard Street, Suite #120



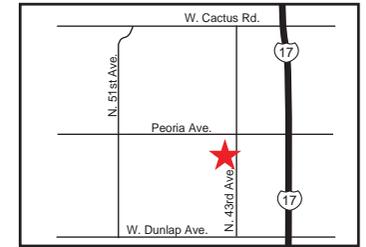
Flagstaff • 86001
1000 N. Humphreys St., Suite #104



Flagstaff • 86001
399 S. Malpais Lane, Suite #100



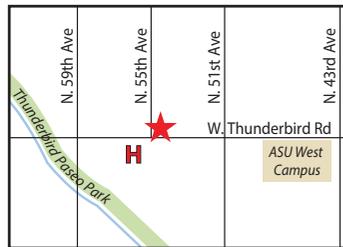
Gilbert • 85298
6343 S. Higley Road



Glendale • 85302
10240 N. 43rd Ave., Suite #3



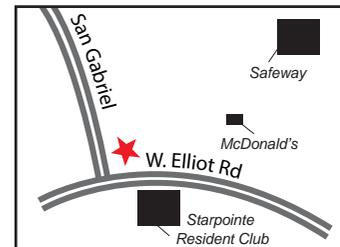
Glendale • 85305
9494 W. Northern Ave., Suite #101



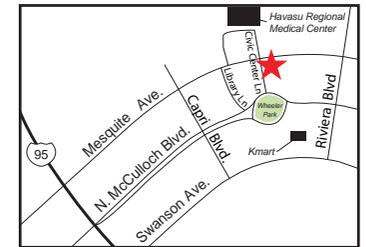
Glendale • 85306
5410 W. Thunderbird Road, Suite #101



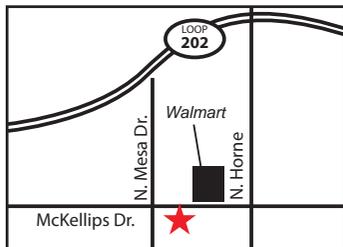
Glendale • 85308
18589 N. 59th Ave., Suite #101



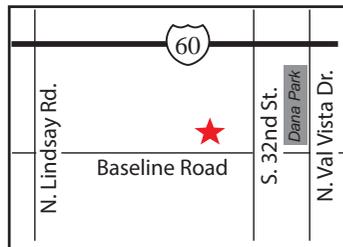
Goodyear • 85338
17688 W. Elliot Road



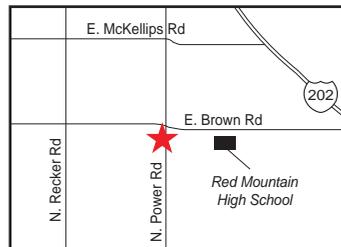
Lake Havasu City • 86403
1810 Mesquite Ave., Suite B



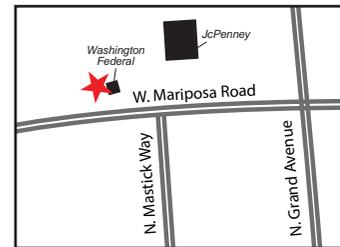
Mesa • 85203
535 E. McKellips Road, Suite #101



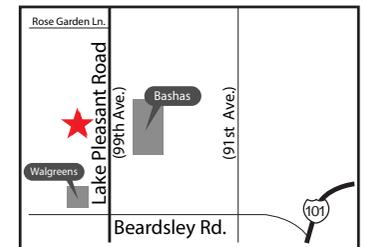
Mesa • 85204
3130 E. Baseline Road, Suite #105



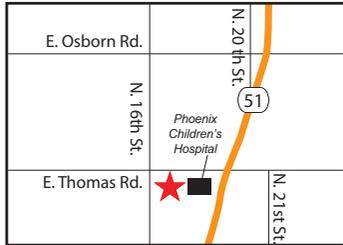
Mesa • 85205
1066 N. Power Road, Suite #101



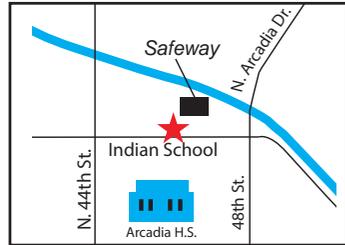
Nogales • 85621
298 W. Mariposa Road



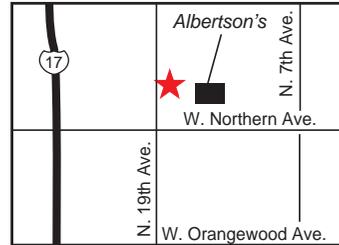
Peoria • 85382
20470 N. Lake Pleasant Rd., Suite #102



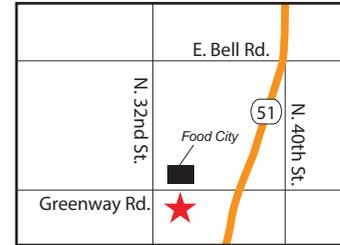
Phoenix • 85016
1701 E. Thomas Road, Suite #A104



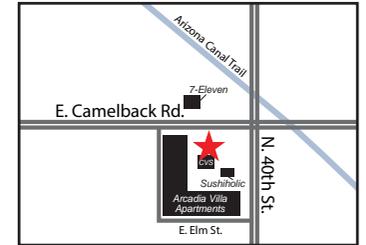
Phoenix • 85018
4730 E. Indian School Rd., Suite #211



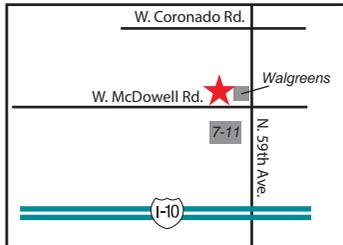
Phoenix • 85021
8101 N. 19th Ave., Suite #A



Phoenix • 85032
3229 E. Greenway Rd., Suite #102



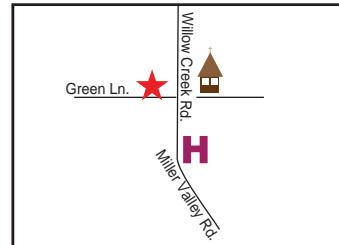
Phoenix • 85018
3931 E. Camelback Road



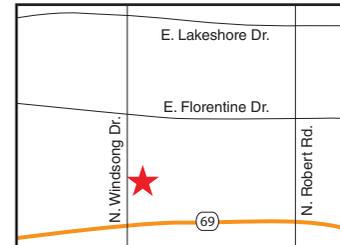
Phoenix • 85035
5920 W. McDowell Road



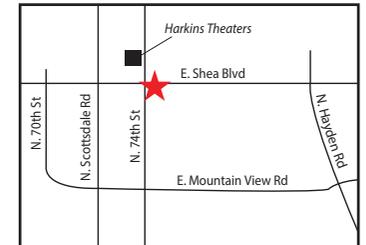
Phoenix • 85050
20950 N. Tatum Blvd., Suite #190



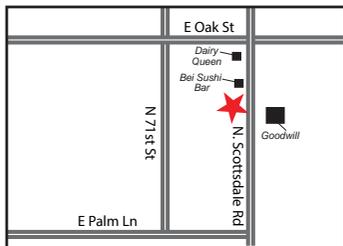
Prescott • 86301
2062 Willow Creek Road



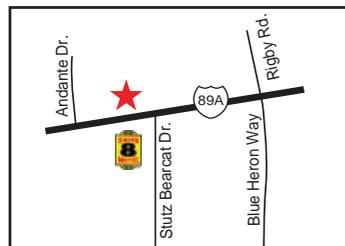
Prescott Valley • 86314
3051 N. Windsong Drive



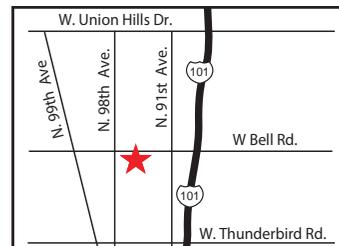
Scottsdale • 85260
7425 E. Shea Blvd., Suite #108



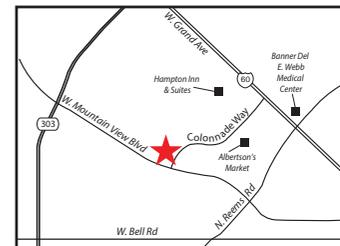
Scottsdale • 85257
2122 N. Scottsdale Road



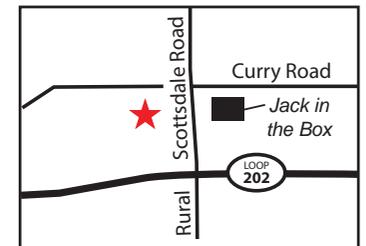
Sedona • 86336
2530 W. SR 89A, Suite #A



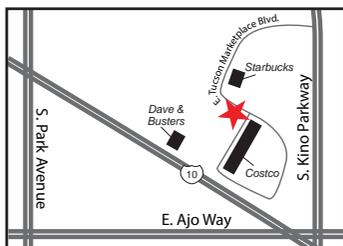
Sun City • 85351
9745 W. Bell Road, Suite #105



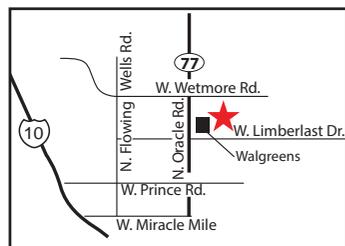
Surprise • 85374
14800 W. Mtn. View Blvd., Suite #100



Tempe • 85281
914 N. Scottsdale Rd., Suite #104



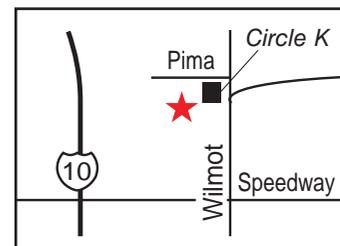
Tucson • 85713
1570 E. Tucson Marketplace Blvd.



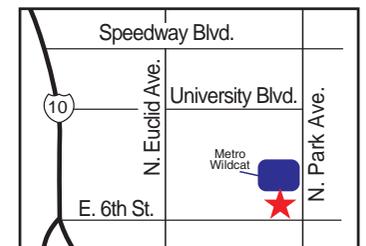
Tucson • 85705
4280 North Oracle Rd., Suite #100



Tucson • 85706
5369 S. Calle Santa Cruz, Suite #145

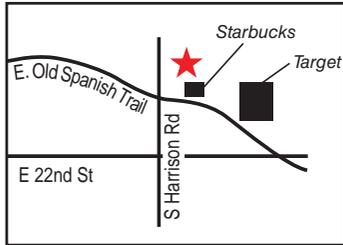


Tucson • 85712
6238 E. Pima Street

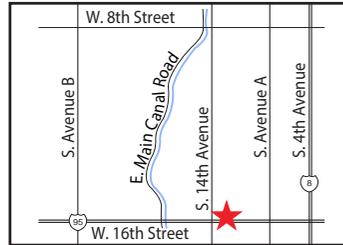


Tucson • 85719
501 North Park Ave., Suite #110

NextCare® Visite la página de internet para encontrar más localidades y horarios disponibles
URGENT CARE NEXTCARE.COM • 1-888-705-8562



Tucson • 85748
9525 E. Old Spanish Trail, Suite #101



Yuma • 85364
1394 W. 16th Street