

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LOUISIANA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION (LHSAA)

Página 1 de 2

IMPORTANTE: El presente formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Imprimir

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____
Deporte(s): _____ Sexo: M/F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono celular: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono residencial: _____
Padre/Tutor: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: ¿Algún miembro de su familia menor de 50 años ha tenido estas condiciones?

Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién
☐	☐	Ataque/enfermedad cardíaca	_____	☐	☐	Muerte súbita	_____	☐	☐	Artritis	_____
☐	☐	Ataque cerebral	_____	☐	☐	Presión arterial alta	_____	☐	☐	Nefropatía	_____
☐	☐	Diabetes	_____	☐	☐	Rasgo de células falciformes/Anemia	_____	☐	☐	Epilepsia	_____

ANTECEDENTES ORTOPÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de las siguientes lesiones?

Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha
☐	☐	Lesión en la cabeza / Concusión	_____	☐	☐	Lesión/dolor punzante en el cuello	_____	☐	☐	Hombro I / D	_____
☐	☐	Codo I / D	_____	☐	☐	Brazo/Muñeca/Mano I / D	_____	☐	☐	Espalda	_____
☐	☐	Cadera I / D	_____	☐	☐	Muslo I / D	_____	☐	☐	Rodilla I / D	_____
☐	☐	Parte inferior de la pierna I / D	_____	☐	☐	Periostitis tibial	_____	☐	☐	Tobillo I / D	_____
☐	☐	Pie I / D	_____	☐	☐	Distensión muscular severa	_____	☐	☐	Nervio pinzado	_____
☐	☐	Pecho	_____	Antecedentes de cirugías: _____							

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de estas condiciones?

Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición
☐	☐	Soplo cardíaco / dolor en el pecho / opresión	☐	☐	Asma / Inhalador recetado	☐	☐	Irregularidades menstruales: último ciclo: _____
☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Dificultad para respirar / Tos	☐	☐	Pérdida/aumento rápido de peso
☐	☐	Nefropatía	☐	☐	Hernia	☐	☐	Toma suplementos/vitaminas
☐	☐	Arritmia	☐	☐	Noqueado / Concusión	☐	☐	Problemas relacionados con el calor
☐	☐	Testículo único	☐	☐	Enfermedad cardíaca	☐	☐	Mononucleosis reciente
☐	☐	Presión arterial alta	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Bazo agrandado
☐	☐	Mareo/Desmayos	☐	☐	Enfermedad hepática	☐	☐	Rasgo de células falciformes/anemia
☐	☐	Pérdida de órganos (riñón, bazo, etc.)	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	Debió pasar una noche en el hospital
☐	☐	Cirugía	☐	☐	Prescripción de inyección de Epinefrina (EPI PEN)	☐	☐	Alergias (alimentos, medicamentos) _____
☐	☐	Medicamentos _____						

Lista de fechas para: Última vacuna contra el tétanos _____: Inmunización contra el sarampión _____: Vacuna contra la meningitis: _____

FORMULARIO PARA PADRES DE RENUNCIA A RECLAMACIONES

A nuestro leal saber y entender, hemos dado información verdadera y precisa y por la presente autorizamos la evaluación de revisión física. Entendemos que la evaluación implica un examen limitado y que no tiene como propósito ni podrá prevenir lesiones o muerte súbita. Además, entendemos que si el examen se proporciona sin expectativa de pago, de conformidad con el título 9:2798 de los Estatutos Revisados de Luisiana no habrá causa de acción contra el profesional de la salud voluntario del equipo y/o empleador de acuerdo a la ley de Luisiana.

La presente renuncia a reclamaciones, otorgada en la fecha a continuación por el abajo firmante, médico, médico osteópata, enfermero facultativo o asistente médico y padre del estudiante atleta mencionado anteriormente, se realiza de conformidad con la ley de Luisiana con el pleno entendimiento de que no habrá causa de acción por ninguna pérdida o daño causado por cualquier acto u omisión relacionada con los servicios de atención médica si en lo sucesivo se prestan de forma voluntaria y sin expectativa de pago, a menos que tal pérdida o daño fueran causados por negligencia grave. Adicionalmente,

1. Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante-atleta mencionado necesita atención o tratamiento como resultado de una lesión o enfermedad, por la presente solicito, doy mi consentimiento para y autorizo los cuidados que se consideren necesarios..... **Sí No**
2. Entiendo que si el estado médico de mi hijo/a cambia de manera significativa después de su examen físico, notificaré inmediatamente a su director acerca del cambio..... **Sí No**
3. Doy mi permiso para que el entrenador deportivo comparta la información de las lesiones de mi hijo/a al entrenador en jefe / director deportivo / director de su escuela..... **Sí No**
4. Con mi firma a continuación, acepto permitir que se revisen los antecedentes médicos / formulario de examen de mi hijo/a y todos los formularios de elegibilidad por la LHSAA o su(s) representante(s) o el personal médico asociado. **Sí No**

Fecha de firma del padre o madre

Firma del padre o madre

Nombre en letra de molde o escrito a máquina

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LHSAA

Página 2 de 2

IMPORTANTE: Este formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____

II. PARA QUE COMPLETE ANUALMENTE EL MÉDICO (MD), MÉDICO OSTEÓPATA (DO), ENFERMERO (APRN) o AUXILIAR MÉDICO

Altura _____	Peso _____	Presión sanguínea _____	Pulso _____
--------------	------------	-------------------------	-------------

EXAMEN MÉDICO GENERAL:

	Normal	Anormal
Otorrino	☐	☐
Pulmones	☐	☐
Corazón	☐	☐
Abdomen	☐	☐
Piel	☐	☐

EXAMEN ORTOPÉDICO :

I. Columna vertebral / cuello

	Normal	Anormal
Cervical	☐	☐
Torácico	☐	☐
Lumbar	☐	☐

II. Extremidad superior

	Normal	Anormal
Hombro	☐	☐
Codo	☐	☐
Mano / Dedos	☐	☐
Muñeca	☐	☐

III. Extremidad inferior

	Normal	Anormal
Rodilla	☐	☐
Cadera	☐	☐
Tobillo	☐	☐

Notas del profesional de la salud (si fuera necesario): _____

☐ Medicamento apto para todos los deportes sin restricciones

☐ Medicamento apto para algunos deportes _____

☐ Medicamento apto para todos los deportes sin restricciones bajo recomendación de evaluación o tratamiento adicionales para _____

☐ Medicamento no apto, pendiente de evaluación adicional

☐ Medicamento no apto para ningún deporte

Esta recomendación se basa en una evaluación limitada.

Nombre en letra de molde del médico,
médico osteópata, enfermero o auxiliar médico

Firma del médico, médico osteópata,
enfermero o auxiliar médico

Fecha del examen médico

Este formulario de aptitud física vence a los 13 meses de la fecha en que fue firmado y fechado por el médico, médico osteópata, enfermero o auxiliar médico.

Revisado 5/23