

Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova - FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PARA DEPORTES

PRIMERA PARTE (DEBERÁ SER COMPLETADA POR UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)

APELLIDO		NOMBRE			GRADO
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NUMERO DE ID DEL ESTUDIANTE	

HISTORIAL MÉDICO (Debe completarse antes del examen físico)

	Si	No	El estudiante ha tenido:		Si	No	El estudiante:
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades crónicas o recurrentes?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades que hayan durado más de 1 semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene puentes, frenos o placas dentales?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones o cirugías?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma algún medicamento? (Favor de listarlos):
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padecimientos nerviosos, psiquiátricos o neurológicos?		Si	No	Hay algún antecedente de:
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida o falta de funcionalidad de algún órgano (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándula?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones que hayan requerido atención o tratamiento médico?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, alimentos)?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión de cuello o espalda?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas cardíacos o de presión arterial?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión de rodilla?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de pecho o dificultad respiratoria severa por el ejercicio?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión de hombro o codo?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareos o desmayos al hacer ejercicio?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión de tobillo?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayos, dolores de cabeza intensos o convulsiones?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otros dolores o lesiones articulares?
				25.			¿Huesos rotos (fracturas)?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Conmoción cerebral o pérdida de conocimiento?		Si	No	Otros antecedentes de salud:
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Agotamiento por calor, insolación u otros problemas relacionados con el calor?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Defectos de nacimiento (tratados o no)?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Palpitaciones aceleradas, latidos del corazón irregulares o saltados, o soplo cardíaco?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fallecimiento de un padre o abuelo antes de los 40 años por razones de salud?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convulsiones?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uno de los padres o abuelos recibió tratamiento por una enfermedad cardíaca antes de los 50 años.
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Calambres musculares graves o recurrentes?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido atendido por un médico de urgencias en los últimos 12 meses?

Fecha de la última vacuna antitetánica: _____

Fecha del último examen físico general: _____

Explique aquí todas las respuestas "SI" así como cualquier otro hecho o circunstancia que deba notificarse antes del examen (en caso necesario, utilice el reverso del formulario):

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo a un médico o a un asistente médico debidamente autorizado y bajo la supervisión del médico o una enfermera especializada a realizar una evaluación física para deportes al estudiante. La información expuesta anteriormente es precisa y correcta y desconozco cualquier motivo por el cual el alumno no pueda participar de forma plena y segura en los deportes previamente indicados. Entiendo que se trata únicamente de un examen de detección y que la ausencia de cualquiera de las condiciones o preocupaciones de salud enumeradas a continuación no significa que el estudiante no padezca condiciones de salud perjudiciales reales o potenciales que puedan causarle lesiones o la muerte durante su participación en las actividades deportivas. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener con respecto a la salud o seguridad del estudiante será referida a nuestro médico personal o proveedor de salud para su revisión y evaluación.

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR		
DIRECCIÓN		TELÉFONO DE OFICINA	TELÉFONO DE CASA	FECHA
NOMBRE DEL MÉDICO GENERAL		TELÉFONO DE OFICINA		

SEGUNDA PARTE (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO/ASISENTE MEDICO/ENFERMERA ESPECIALIZADA)

	NORMAL	ABNORMAL (Describa)	
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			Altura
Piel			Peso:
Corazón			Pulso: Después del Ex:
Abdomen			Presión Arterial:
Genitales/hernia (varones)			Recomendación: <input type="checkbox"/> Participación ilimitada <input type="checkbox"/> Participación limitada/deportes, eventos o actividades específicas <input type="checkbox"/> Autorización retenida en espera de más pruebas/evaluaciones <input type="checkbox"/> No participar en actividades deportivas Debe marcar una de las opciones anteriores
Osteomusculares:			
a. Cuello/Columna/Hombros/Espalda			
b. Brazos/Manos/Dedos			
c. Cadera/Muslos/Rodillas/Piernas			
d. Pies/Tobillos			
Examen de detección neurológica (NEM)			

Comentarios:

ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO (únicamente M.D., D.O., P.A. or N.P.)	FIRMA DEL MEDICO	FECHA
--------------------------------------------------------------------	------------------	-------