



MONTANA HIGH SCHOOL ASSOCIATION

PROMOTING SUCCESS ON THE COURT, ON THE FIELD, ON STAGE
AND EVERYWHERE ELSE UNDER THE BIG SKY SINCE 1921.

Mayo de 2024

**PARA: PADRES DE PARTICIPANTES EN EVENTOS DEPORTIVOS
DE LA MHSA PROFESIONALES MÉDICOS CON LICENCIA**

DE: BRIAN MICHELOTTI, DIRECTOR EJECUTIVO

ASUNTO: FORMULARIO MHSA ACTUALIZADO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Según el artículo II, inciso (3) del Manual de la Asociación de Escuelas Secundarias de Montana (MHSA, por sus siglas en inglés), los estudiantes deben llevar a cabo un examen físico para poder participar en competiciones de la Asociación. Los exámenes físicos deberán llevarse a cabo antes del primer entrenamiento. El examen deberá estar certificado por un profesional médico con licencia que actúe dentro del alcance y las limitaciones de su práctica. La certificación será válida por un periodo de un año escolar. Un examen físico realizado antes del 1 de mayo no será válido para participar en el siguiente año escolar.

Logan Health, el proveedor de servicios médicos oficial de la MHSA, es patrocinador del Formulario MHSA de examen físico previo a la participación. Los padres/tutores podrán usar el proveedor médico de su elección para el Examen físico previo a la participación de su estudiante atleta.

Recientemente, la junta directiva de la MHSA aprobó agregados importantes en este formulario. Específicamente, se agregaron las preguntas del PHQ-4 sobre la salud mental del estudiante y el formato del documento se actualizó.

Este formulario MHSA previo a la participación es el único que se aceptará para el examen del estudiante (**no se aceptarán otros formularios**). Se deberá seguir el siguiente procedimiento:

- Los padres/tutores legales y el estudiante rellenarán la sección Antecedentes del formulario juntos.
- El estudiante y los padres/tutores firmarán el formulario.
- Un proveedor médico revisará el formulario con el estudiante y el padre/tutor y realizará el examen. Se necesita la firma del proveedor médico para que el estudiante pueda participar.
- El formulario MHSA de Examen físico previo a la participación, una vez cumplimentado, se entregará al administrador escolar correspondiente.

La MHSA se compromete a proteger la seguridad y la salud de los participantes en las actividades estudiantiles y considera que este formulario facilitará dicho objetivo.

Si tiene preguntas sobre el formulario actualizado de examen previo a la participación, comuníquese conmigo o con el enlace de medicina deportiva de la MHSA, Greta Buehler.



EXAMEN FÍSICO CONFIDENCIAL DE LA MHSAA PREVIO A LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES ATLÉTICAS

Los estudiantes deben realizar un examen físico previo a la participación cada año antes del primer entrenamiento de cualquier deporte. El examen debe estar certificado por un profesional médico con licencia que actúe dentro del alcance y las limitaciones de su práctica. Si bien Logan Health es el proveedor médico preferido de la MHSAA, los padres/tutores pueden elegir a su propio proveedor médico para el examen físico. Este certificado es válido por un año escolar. Un examen físico realizado antes del 1 de mayo no será válido para participar en el siguiente año escolar. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

FORMULARIO DE ANTECEDENTES

Nota: antes de la cita, rellene y firme este formulario (con sus padres/tutores, si es menor de 18).

Nombre del atleta: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Médico de cabecera: _____

Fecha de examen: _____ Escuela actual: _____

Enumere las afecciones médicas actuales y previas. _____

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todas las cirugías. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos con receta y de venta libre y suplementos (de hierbas y nutricionales) que toma actualmente. _____

¿Tiene alergias? En caso afirmativo, enumere todas las alergias (p. ej., medicamentos, polen, alimentos, picaduras). _____

Cuestionario de salud del paciente, versión 4 (PHQ-4)
 En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces sintió molestias por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque la respuesta con un círculo)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentimientos de nerviosismo, ansiedad o inquietud	0	1	2	3
Incapacidad para detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer por hacer cosas	0	1	2	3
Sentimientos de falta de energía, depresión o desesperanza	0	1	2	3

(Una suma ≥3 se considera positiva en cualquier subescala [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a efectos de la evaluación).

PREGUNTAS GENERALES (Explique las respuestas afirmativas al final del formulario. Rodee con un círculo las preguntas de las que no sabe la respuesta).			PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		
	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría comentar con el proveedor?			11. ¿Algún familiar o pariente murió por problemas del corazón o tuvo una muerte repentina inesperada o inexplicada antes de los 35 años (como un ahogamiento o accidente automovilístico)?		
2. ¿Algún proveedor ha prohibido o limitado alguna vez su participación en la práctica deportiva por cualquier motivo?			12. ¿Alguien en su familia tiene problemas genéticos del corazón, como miocardiopatía hipertrófica (HCM, por sus siglas en inglés), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC, por sus siglas en inglés), síndrome de QT largo (LQTS, por sus siglas en inglés), síndrome de QT corto (SQTS, por sus siglas en inglés), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT, por sus siglas en inglés)?		
3. ¿Tiene actualmente algún problema médico o ha tenido alguna enfermedad reciente?			13. ¿Le han implantado un marcapasos o desfibrilador implantable a alguien de su familia antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	SÍ	NO	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado cerca de desmayarse durante o después de hacer ejercicio?			14. ¿Alguna vez ha sufrido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón a resultas de la cual se haya perdido un entrenamiento o un partido?		
5. ¿Alguna vez ha sufrido molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?			15. ¿Sufre actualmente de alguna lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que le cause molestias?		

6. ¿Siente alguna vez el corazón acelerado, palpitaciones en el pecho o latidos irregulares cuando hace ejercicio?			16. ¿Le han dicho que tiene o se ha sometido a una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (de cuello)?		
7. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene problemas del corazón?			PREGUNTAS MÉDICAS	SÍ	NO
8. ¿Algún médico le ha solicitado someterse a pruebas del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			17. ¿Sufre de tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
9. ¿Siente mareos o que le falta el aire más que sus compañeros durante el ejercicio?			18. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
10. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			19. ¿Le falta un riñón, un ojo, testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	SÍ	NO	INFORMACIÓN ADICIONAL		
20. ¿Sufre de dolor en la ingle o los testículos o un crecimiento doloroso o hernia en la zona de la ingle?			Explique las respuestas afirmativas a las preguntas en la sección de antecedentes a continuación.		
21. ¿Alguna vez ha sufrido una contusión o lesión en la cabeza que causara confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			_____		
22. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas o ha sido incapaz de mover brazos o piernas después de sufrir un golpe o caída?			_____		
23. ¿Alguna vez ha enfermado mientras hacía ejercicio con altas temperaturas?			_____		
24. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo o enfermedad de células falciformes?			_____		
25. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con sus ojos o la vista?			_____		
26. ¿Alguna vez ha sufrido algún trastorno de la alimentación?			_____		
27. ¿Ha sufrido de mononucleosis infecciosa en el último mes?			_____		
SOLO PARA MUJERES	SÍ	NO	_____		
28. ¿Ya ha comenzado a tener el periodo?			_____		
29. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo la primera menstruación?			_____		
30. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?			_____		
31. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?			_____		

Nombre del atleta (escrito o impreso): _____

Firma del atleta: _____

PERMISO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PADRE O TUTOR

Certifico que la información brindada por el estudiante o los padres es precisa a mi leal saber y entender. Por el presente, doy mi consentimiento para que el estudiante arriba mencionado participe en actividades atléticas aprobadas como representante de su escuela, exceptuando lo arriba indicado por el profesional con licencia. Asimismo, doy mi permiso para que el médico del equipo, entrenador de atletismo u otro miembro calificado del personal accedan a la información aquí brindada, así como para que brinden primeros auxilios al estudiante en un evento atlético en caso de lesión. Si se requieren servicios de emergencia que impliquen acciones o tratamientos médicos y no se puede establecer comunicación con los padres o tutores, por el presente autorizo que el estudiante mencionado reciba atención médica por el médico o el hospital elegido por la escuela.

Nombre de la madre, el padreo tutor/a (escrito o impreso): _____

Firma de la madre, el padreo tutor/a: _____

Fecha: _____ Dirección: _____ Empresa de seguro: _____

Teléfono fijo de los padres: _____ Teléfono móvil de los padres: _____ Teléfono de trabajo de los padres: _____

TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL