ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE
FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Nombre del paciente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Esta es una evaluación para la participación en deportes. No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.

Instrucciones para el deportista: Por favor, revise todas las preguntas junto con su padre/madre/tutor legal y contéstelas lo mejor posible de acuerdo a su conocimiento.
Instrucciones para los padres de familia: Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulger información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.
Instrucciones para el médico: Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar todas las respuestas que tiene como respuesta "Sí" o "Inseguro"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí" o "Inseguro"	Sí	No	Inseguro
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.? Enumere:			
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?			
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)?			
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes?			
5. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?			
6. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?			
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?			
8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?			
10. ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?			
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?			
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?			
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?			
14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?			
15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?			
16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsions inexplicables?			
17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?			
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?			
19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? ❑ Cabeza ❑ Hombro ❑ Muslo ❑ Cuello ❑ Codo ❑ Rodilla ❑ Pecho ❑Cadera ❑ Antebrazo ❑ Pantorrilla ❑ Espalda ❑ Muñeca ❑ Tobillo ❑ Mano ❑ Pie ❑Otro: _____			
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?			
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?			
22. ¿El deportista ha tenido un problema de salud o se ha lastimado desde su última evaluación física?			
23. (Coloque una marca al lado de cada enunciado que corresponda al deportista, provea más detalles en el espacio provisto a continuación). ❑ ¿El deportista ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? ❑ ¿El deportista se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas? ❑ ¿El deportista se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia? ❑ ¿El deportista ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?			
HISTORIA FAMILIAR			
24. ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años [Incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés, accidente de coche, ahogo]?			
25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?			
26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?			

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí" o "Inseguro":
_____
_____

Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.
Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del deportista: _____ Fecha: _____ Nº telefónico: _____

Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licenciaLa firma anterior significa que otorgo permiso al médico designado por las escuelas de Condado de Montgomery a realizer un chequeo de la condición física de niño para que el o ella participe en deportes y, o la presente, libero de cualquier responsibilidad médica a toda partes involucradas (las escuelas de Condado Montgomery, el hospital FirstHealth of the Carolinas y proveedores medicos individuales).

Student-Athlete's Name: _____ Age: _____ Date of Birth: _____

Height: _____ Weight: _____ BP _____ (_____% ile) / _____ (_____% ile) Pulse: _____

Vision: R 20/_____ L 20/_____ Corrected: Y N

Physical Examination (Must be Completed by a Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	**ABNORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

Optional Examination Elements – Should be done if history indicates

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

Clearance:

□ **A. Cleared**

□ **B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for :**

□ ***** C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: _____)**

□ **D. Not cleared for:** □ **Collision** □ **Contact**

□ **Non-contact _____Strenuous _____Moderately strenuous _____Non-strenuous**

Due to: _____

_____

_____

Additional Recommendations/Rehab Instructions: _____

_____

_____

Name of Physician/Extender: _____ (Please print)

Signature of Physician/Extender _____ MD DO PA NP
(Signature and circle of designated degree required)

Date of Examination: _____

Address: 1834 S Alt. 220 Hwy
Biscoe, NC 27209

Phone: 910-428-9392

Physician Office Stamp:

East Middle School Based Health Center
1834 S Alt. 220 Hwy
Biscoe, NC 27209

(*** The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)