

MERCED CITY SCHOOL DISTRICT- FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD PARA DEPORTES

PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)

APELLIDO		NOMBRE		GRADO:	ESCUELA
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	

HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)

1.	SÍ	No	¿El estudiante ha tenido algún/a:	16.	SÍ	No	¿El estudiante:
	☐	☐	Enfermedad crónica o recurrente?		☐	☐	Usa anteojos o lentes de contacto?
	☐	☐	Enfermedad que duró más de una semana?		☐	☐	Tiene puentes, frenos o placas dentales?
	☐	☐	Hospitalizaciones u operaciones?		☐	☐	Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
	☐	☐	Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?		☐	☐	
	☐	☐	Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?		☐	☐	Tiene historial de:
	☐	☐	Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)?		☐	☐	Lesiones que requieren atención médica o tratamiento?
	☐	☐	Problemas cardíacos o de presión arterial?		☐	☐	Dolor o lesión en el cuello o la espalda?
	☐	☐	Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio?		☐	☐	Dolor o lesión en la rodilla?
	☐	☐	Mareos o desmayos cuando hace ejercicio?		☐	☐	Dolor o lesión en el hombro o el codo?
	☐	☐	Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones?		☐	☐	Dolor o lesión en el tobillo?
	☐	☐	Comoción cerebral o pérdida del conocimiento?		☐	☐	Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
	☐	☐	Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor?		☐	☐	Rotura de huesos (fracturas)?
	☐	☐	Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o soplo cardíaco?		☐	☐	Otro historial:
	☐	☐			☐	☐	Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
	☐	☐			☐	☐	Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico?
	☐	☐	Convulsiones?		☐	☐	Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad?
	☐	☐	Calambres musculares graves o reiterados?		☐	☐	Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses?

Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento: _____

Fecha del último examen médico completo: _____

Explique todas las respuestas "Sí" a continuación y todo otro hecho o circunstancia de que deba divulgarse antes del examen (escriba en el reverso del formulario si es necesario):

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a efectuar un examen de salud para deportes del estudiante: La información que figura más arriba es completa y correcta, y no tengo conocimiento de ninguna razón que impida que el estudiante pueda participar plenamente y sin riesgo en los deportes indicados. Comprendo que éste es sólo un examen de evaluación y que la ausencia de los trastornos o problemas de salud que figuran más abajo no significa que el estudiante esté exento de otros trastornos de salud nocivos o potencialmente nocivos que pudieran lesionar o causar la muerte del estudiante mientras participa en deportes: Si tuviese alguna pregunta o inquietud sobre la salud o seguridad del estudiante, consultaré a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para que la revise y evalúe.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE:		FIRMA DEL PADRE O TUTOR:	
DIRECCIÓN	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA	TELÉFONO DEL CONSULTORIO		

PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)

	NORM AL	ABNORMAL (Describe)	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:
Skin			Weight:
Heart			Pulse: After Ex:
Abdomen			BP:
Genital/hernia (males)			<u>Recommendation:</u> ☐ Unlimited participation ☐ Limited participation/specific sports, events or activities ☐ Clearance withheld pending further testing/evaluation ☐ No athletic participation <i>One of the above <u>MUST</u> be checked.</i>
Musculoskeletal:			
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
Comments:			
PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only)		PHYSICIAN'S SIGNATURE	
		DATE	

