

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)

<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>¿El estudiante ha tenido algún/a:</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>¿El estudiante:</u>		
1.	☐	☐	Enfermedad crónica o recurrente?	16.	☐	☐	Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	☐	☐	Enfermedad que duró más de una semana?	17.	☐	☐	Tiene puentes, frenos o placas dentales?
3.	☐	☐	Hospitalizaciones u operaciones?	18.	☐	☐	Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
4.	☐	☐	Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?				
5.	☐	☐	Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?		<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Tiene historial de:</u>
6.	☐	☐	Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)?	19.	☐	☐	Lesiones que requieren atención médica o tratamiento?
7.	☐	☐	Problemas cardíacos o de presión arterial?	20.	☐	☐	Dolor o lesión en el cuello o la espalda?
8.	☐	☐	Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio?	21.	☐	☐	Dolor o lesión en la rodilla?
9.	☐	☐	Mareos o desmayos cuando hace ejercicio?	22.	☐	☐	Dolor o lesión en el hombro o el codo?
10.	☐	☐	Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones?	23.	☐	☐	Dolor o lesión en el tobillo?
11.	☐	☐	Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento?	24.	☐	☐	Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
12.	☐	☐	Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor?	25.	☐	☐	Rotura de huesos (fracturas)?
13.	☐	☐	Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o soplo cardíaco?		<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Otro historial:</u>
				26.	☐	☐	Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
				27.	☐	☐	Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico?
14.	☐	☐	Convulsiones?	28.	☐	☐	Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad?
15.	☐	☐	Calambres musculares graves o reiterados?				
Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento:			29.	☐	☐	Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses?	
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)**

	NORMAL	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

