EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

2024

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** ***cada año*** para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta)_____ Sexo:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____ Teléfono:_____

Grado:_____ Escuela: _____

Médico personal_____ Teléfono:_____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre:_____ Parentesco:_____ Teléfono: (C)_____ (T)_____

	Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	☐	☐
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año?	☐	☐
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	☐	☐
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas?	☐	☐
¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	☐	☐
¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antesde los 50 años?	☐	☐
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	☐	☐
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	☐	☐
	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____		
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____		
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)	☐	☐
¿Alguna vez ha convulsionado?	☐	☐
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido,,irritado o pinzado?	☐	☐
5. ¿Le falta algún órgano par?	☐	☐
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	☐	☐
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador?	☐	☐
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	☐	☐
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
10 ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos,	☐	☐
acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐
11 ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐
12 ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐

	Sí	No
13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	☐	☐
¿Tiene asma?	☐	☐
14. ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	☐	☐
¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo,	☐	☐
rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los	☐	☐
pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de	☐	☐
una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna	☐	☐
articulación?		
15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐

En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:

☐ Cabeza	☐ Codo	☐ Pie
☐ Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
☐ Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
☐ Pecho	☐ Mano	☐ Tobillo
☐ Hombro	☐ Canilla/Pantorrilla	☐ Dedo
☐ Brazo		

16 ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora?	☐	☐
17. ¿Se siente estresado?	☐	☐
18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐

Solo mujeres

Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional medico ☐

19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____

¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____

¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____

¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____

¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año?

Solo hombres

Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional medico ☐

20 ¿Tiene dos testículos?_____

Tiene hinchazón o masas en los testículos?_____

☐ No es necesario que se realice un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el examen cardíaco en el Formulario de concientización sobre paro cardíaco repentino de la UIL. Al marcar esta casilla, elijo que se le realice un ECG a mi estudiante para un examen cardíaco adicional. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG.

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: _____ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta:_____ Fecha:_____ Firma: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante:_____ Sexo:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Talla:_____ Peso:_____ Porcentaje de grasa corporal (opcional):_____ Pulso:_____ PA:___/___ (___/___, ___/___)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/_____ I 20/___ Corregida: ☐Sí ☐No Pupilas: ☐Iguales ☐Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, ***debe*** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. **** La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.***

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

*** Solo para los exámenes que se realizan en estaciones**

AUTORIZACIÓN

☐ Autorizado

☐ Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para:_____

_____

☐ No autorizado para:_____ Razón:_____

Recomendaciones:_____

_____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Firma:_____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.