

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)	☐	
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing	☐	
Lymph nodes	☐	
Heart* Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)	☐	
Lungs	☐	
Abdomen	☐	
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis	☐	
Neurological	☐	
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck	☐	
Back	☐	
Shoulder and arm	☐	
Elbow and forearm	☐	
Wrist, hand, and fingers	☐	
Hip and thigh	☐	
Knee	☐	
Leg and ankle	☐	
Foot and toes	☐	
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test	☐	

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

☐ Medically eligible for certain sports

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____





FORMULARIO PARA REGRESAR A JUGAR DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre del atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de lesión: _____

Este plan para regresar a jugar está basado en la evaluación del día de hoy.

Fecha de evaluación: _____

Plan de cuidados completado por: _____

Fecha/hora de regreso a esta oficina: _____

Fecha de regreso a la escuela: _____

INFORMACIÓN DE REGRESO A DEPORTES:

1. Los atletas no deben regresar a practicar o jugar el mismo día que ocurrió su lesión.
2. Los atletas nunca deben regresar a jugar o practicar si aún tienen CUALQUIER síntoma - de lo contrario se puede ocasionar una lesión grave, incluso la muerte (aunque esta última no es común).
3. Atletas: Asegúrense de que su entrenador y/o adiestrador atlético estén conscientes de su lesión, síntomas y tengan la información de contacto del proveedor de servicios médicos que está atendiendo su conmoción cerebral.

Escriba sus iniciales:

_____ El atleta reporta que no tiene síntomas mientras participa en actividades diarias en este momento.

_____ He informado al atleta y a sus padres/tutores acerca de los peligros de regresar a jugar antes de que los síntomas hayan desaparecido.

.....
A continuación se enumeran recomendaciones para regresar a los deportes en este momento: (Favor de escribir sus iniciales en cualquier recomendación seleccionada)

CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA:

_____ NO regrese a clase de Educación Física en este momento. (Consulte "Fecha/hora de regreso a esta oficina" arriba.)

_____ El alumno PUEDE regresar a clase de Educación Física después de completar el Plan Gradual para Regresar a Jugar (al reverso).

DEPORTES:

_____ NO regrese a prácticas de deporte o competencias en este momento.

_____ Puede regresar GRADUALMENTE a **actividades** deportivas siguiendo el Plan Gradual para Regresar a Jugar descrito al reverso, bajo la supervisión del profesionales de atención médica para su escuela o equipo.



- _____ Puede avanzar, regresando a **competir** después de haber completado exitosamente el Plan Gradual para Regresar a Jugar descrito al reverso después de una **conversación telefónica** con el proveedor de atención médica que lo está tratando.
- _____ Debe **regresar al proveedor de atención médica que lo está tratando** para la autorización final para regresar a la competencia después de completar el Plan Gradual para Regresar a Jugar. (Consulte "Fecha/hora de regreso a esta oficina" arriba.)
- _____ Todos los pasos del Plan para Regresar a Jugar han sido completados exitosamente. Autorizado para participación total en todas las actividades sin restricción.
- _____ No se sospecha conmoción cerebral, autorizado para participación completa sin un Plan Gradual para Regresar a Jugar .

Información para el Proveedor de Atención Médica que está tratando al atleta (Escribir con letra de molde o sellar):

Nombre del proveedor: _____ Teléfono de la oficina del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____

Domicilio de la oficina: _____

Favor de marcar:

- _____ Médico general (MD) capacitado en conmoción cerebral _____ Neuropsicólogo clínico capacitado en
conmoción cerebral
- _____ Médico especialista en osteopatía (DO)

PLAN GRADUAL PARA REGRESAR A JUGAR

El regreso a jugar deportes debe ocurrir en pasos graduales comenzando con un ejercicio aeróbico ligero sólo para incrementar su ritmo cardíaco (ej. ciclo estacionario); moviéndose para incrementar su ritmo cardíaco con movimiento (ej. corriendo); luego agregando contacto controlado si es apropiado; y finalmente, regresando a competencias deportivas.

Ponga atención cuidadosa a sus síntomas y sus habilidades de pensamiento y concentración en cada etapa de la actividad. Después de completar cada paso **sin recurrencia de síntomas y sin medicamentos para el dolor**, puede avanzar al siguiente nivel de actividad el siguiente día. Avance al siguiente nivel de actividad sólo si no experimenta ningún síntoma en el presente nivel. Si sus síntomas regresan, avise a su proveedor de atención médica, regrese al primer nivel de actividad y restablezca el programa gradualmente. Este Proceso Gradual para Regresar a Jugar es por su propia seguridad. Regresar a jugar mientras aún experimenta síntomas, puede dar como resultado graves lesiones, incluso la muerte. Es crítico que usted informe con honestidad sus síntomas a su doctor, entrenador y profesional de atención médica en la escuela.



PLAN GRADUAL PARA REGRESAR A JUGAR:

“Día 1” significa primer día autorizado para participar en el Plan Gradual para Regresar a Jugar, no el primer día después de la lesión.

Día 1: Niveles bajos de actividad física (ej. Los síntomas no regresan durante o después de la actividad). Esto incluye caminar, trotar ligeramente, hacer bicicleta estacionaria ligera o levantamiento de pesas ligero (bajo peso, repeticiones moderadas, sin banco, sin acuclillarse).

Día 2: Niveles moderados de actividad física con movimiento de cuerpo/cabeza. Esto incluye trotar moderadamente, correr brevemente, intensidad moderada del ciclo estacionario, intensidad moderada de levantamiento de pesas (tiempo reducido o peso reducido de la rutina típica).

Día 3: Actividad física pesada que no sea de contacto. Esto incluye correr/sprints, bicicleta estacionaria de alta intensidad, completar la rutina de levantamiento de pesas regular, rutinas específicas a un deporte sin contacto (agilidad con 3 planos de movimiento).

Día 4: Práctica específica a un deporte.

Día 5: Contacto completo en una práctica o rutina controlada.

Día 6: Retornar a competencia.

Este formulario está adaptado del Plan de Cuidados de Evaluación para Conmoción Cerebral Aguda en el sitio web del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (www.cdc.gov/injury) y las Directrices gerenciales TN para regresar a aprender/jugar después de una conmoción cerebral (https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/Returning_to_Learn_Guidelines.pdf). Se les exhorta a todos los proveedores de atención médica a revisar ambos lados si tienen preguntas respecto a la última información sobre la evaluación y cuidado de los atletas jóvenes después de una lesión de conmoción cerebral.

**CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ATLETICAS Y RECIBIR CUIDADO
MEDICO SI FUERA NECESARIO**

(Este Consentimiento debe ser completado por el Estudiante-Aleta y sus padres o guardianes.)

Información del Estudiante-Aleta

Apellido _____ Nombre _____ SN _____

Sexo: [] Varón [] Hembra Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Alergias _____

Medicaciones _____

Seguro Médico _____ Número de la Póliza _____

Número del Grupo _____ Teléfono del Seguro _____

Información del Contacto en Caso de Emergencia

Dirección de Casa _____ (Ciudad) _____

(Código Postal) _____

Teléfono de Casa _____ Celular de la Madre o Guardian _____

Celular del Padre o Guardian _____

Nombre de la Madre o Guardian _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del Padre o Guardian _____ Teléfono del Trabajo _____

Otra Persona Contacto _____

Número de Teléfono _____ Relación _____

Consentimiento Legal de los Padres o Guardianes

Yo/Nosotros damos nuestro consentimiento para que (nombre del Estudiante-Aleta) _____ pueda representar (nombre de la escuela) _____ en deportes y que yo/nosotros entendemos que esa actividad lleva la posibilidad de sufrir lesiones. Yo/Nosotros sabemos que aún con el mejor entrenamiento, los mejores artículos deportivos, y la observación estricta de las reglas, es posible sufrir lesiones. **En algunas ocasiones, estas lesiones son severas y pueden resultar en incapacidad, parálisis, y hasta la muerte. Yo/Nosotros damos permiso a la escuela y a TSSAA, sus médicos, entrenadores atléticos, y/o técnicos médicos de emergencias a dar ayuda, tratamiento, cuidado médico o quirúrgico considerados necesarios para la salud y bienestar del Estudiante-Aleta nombrado arriba durante o como resultado de su participación en los deportes.** Al firmar este consentimiento, el Estudiante-Aleta nombrado arriba y sus padres/guardianes consienten a que los profesionales de la salud conduzcan un chequeo, examinación, y pruebas del Estudiante-Aleta durante la examinación pre-participatoria y a obtener la historia médica. Entendemos que los profesionales de la salud que conduzcan estas pruebas y evaluaciones van a anotar los resultados y observaciones en los formularios y records que acompañan este documento. Como padre o guardian, **yo/nosotros entendemos que somos totalmente responsables por cualquier asunto legal que pueda resultar de las acciones personales del Estudiante-Aleta nombrado arriba.**

Firma del Estudiante-Aleta

Firma del Padre/Guardian

Fecha