AIA
ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOC.
7007 N. 18TJH ST., PHOENIX, AZ 85020
PHONE: (602) 385-3810

2025-26 EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL DE PREPARTICIPACIÓN

NextCare URGENT CARE
EXCLUSIVE URGENT CARE PARTNER OF THE AIA

(El padre, madre o tutor/debe llenar este formulario con ayuda del estudiante/atleta)

Fecha del examen: _____

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____
Sexo asignado al nacer: _____
Grado _____
Escuela: _____
Deporte(s): _____
Médico/a: _____
Hospital de preferencia: _____

Contacto en caso de emergencia:
Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono (casa): _____
Teléfono (trabajo): _____
Teléfono (móvil): _____

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono (casa): _____
Teléfono (trabajo): _____
Teléfono (móvil): _____

Explica las respuestas afirmativas en el recuadro que aparece en la página siguiente. Encierra las preguntas cuyas respuestas desconozcas.

		S	N
1)	¿Alguna vez te ha impedido o restringido un doctor hacer deporte por algún motivo?	☐	☐
2)	Enlista cualquier problema médico que hayas padecido o padezcas actualmente: _____		
3.	¿Estás tomando alguna medicina o suplemento, con o sin receta (de venta libre)? (Especificar): _____	☐	☐
4)	¿Tienes alergia a algún medicamento, alimentos, insectos o al polen? (Especificar): _____	☐	☐
5)	¿Se acelera o reduce tu ritmo cardíaco durante el ejercicio físico?	☐	☐
6)	¿Alguna vez te ha dicho un doctor que padeces...? (Marca todas las que correspondan): ☐ Hipertensión ☐ Soplo ☐ Colesterol alto ☐ Enfermedad cardíaca		
7)	¿Alguna vez te has sometido a cirugía? (Especificar): _____	☐	☐
8)	¿Alguna vez has sufrido una lesión (esguince, rotura de ligamento/desgarro muscular, tendinitis, etc.) que te impidiera participar en un entrenamiento o partido? (En caso afirmativo, indica el área afectada en la pregunta n.º 10):	☐	☐
9)	¿Alguna vez te has roto/fracturado un hueso o dislocado una articulación? (En caso afirmativo, indica el área afectada en la pregunta n.º 10):	☐	☐
10)	¿Alguna vez has sufrido una lesión en un hueso o articulación que requiriera rayos X, IRM, TC, cirugía, inyección, rehabilitación, soporte, yeso o muletas? (En caso afirmativo, indicar la zona afectada a continuación):	☐	☐

☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Hombro ☐ Parte superior del brazo ☐ Codo ☐ Antebrazo
☐ Mano/dedos ☐ Pecho ☐ Parte superior de la espalda ☐ Parte inferior de la espalda ☐ Cadera ☐ Muslo
☐ Rodilla ☐ Pantorrilla/Espinilla ☐ Pantorrilla/Espinilla ☐ Pie/Dedos del pie

	S	N
11) ¿Has sufrido alguna vez una fractura por sobrecarga?	☐	☐
12) ¿Alguna vez te han comunicado que padeces inestabilidad atlantoaxoidea (cuello) o te han hecho radiografías para el diagnóstico?	☐	☐
13) ¿Usas normalmente algún aparato de protección o apoyo?	☐	☐
14) ¿Te han diagnosticado asma o alguna alergia?	☐	☐
15) ¿Tienes tos, sibilancias o dificultad respiratoria durante o después del ejercicio?	☐	☐
16) ¿Has utilizado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?	☐	☐
17) ¿Tienes dolores en la ingle o los testículos o algún bulto o hernia dolorosos en la zona de la ingle?	☐	☐
18) ¿Naciste sin riñón, ojo, testículo o cualquier otro órgano, te falta alguno o tienes alguno que no funcione?	☐	☐
19) ¿Has padecido mononucleosis infecciosa durante el último mes?	☐	☐
20) ¿Tienes erupciones, escaras o algún otro problema de la piel?	☐	☐
21) ¿Has padecido alguna vez infección de herpes en la piel?	☐	☐
22) ¿Alguna vez te has lesionado en la cara, la cabeza, el cráneo o el cerebro (por ejemplo: conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza por un golpe, pérdida momentánea de conciencia, zumbidos)?	☐	☐
23) ¿Has sufrido alguna vez convulsiones?	☐	☐
24) ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de un golpe, una caída, una picadura o una quemadura?	☐	☐
25) Cuando hace calor mientras haces ejercicio, ¿sufres calambres musculares severos o te enfermas?	☐	☐
26) ¿Te ha dicho el médico que tú o alguien de tu familia tiene células falciformes o anemia drepanocítica?	☐	☐
27) ¿Alguna vez te has hecho una prueba de células falciformes?	☐	☐
28) ¿Te sientes bien con tu peso?	☐	☐
29) ¿Estás intentando ganar o perder peso?	☐	☐
30) ¿Alguien te ha recomendado que cambies tu peso o tus hábitos alimenticios?	☐	☐
31) ¿Limitas o controlas lo que comes?	☐	☐
32) ¿Tienes alguna preocupación que te gustaría comentarle al médico?	☐	☐

Solo para mujeres

	S	N
37) ¿Has tenido ya tu primer período menstrual?	☐	☐
38) ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	_____	
39) ¿Cuántos períodos menstruales has tenido en el último año?	_____	

Explica aquí las respuestas afirmativas

AIA
ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOC.
7007 N. 18TJH ST., PHOENIX, AZ 85020
PHONE: (602) 385-3810

2025-26 EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL DE PREPARTICIPACIÓN

NextCare URGENT CARE
EXCLUSIVE URGENT CARE PARTNER OF THE AIA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Preguntas sobre el historial del paciente: Comparta información sobre su hijo/a

		S	N
1)	¿Tu hijo/a se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DURANTE o DESPUÉS del ejercicio, de una emoción o de un sobresalto?	☐	☐
2)	¿Ha tenido tu hijo/a alguna vez di icultad respiratoria durante el ejercicio?	☐	☐
3)	¿Ha tenido tu hijo/a fatiga extrema asociada al ejercicio (diferente a la de otros niños)?	☐	☐
4)	¿Ha sufrido tu hijo/a alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐
5)	¿Alguna vez ha solicitado el médico una prueba cardíaca para tu hijo/a?	☐	☐
6)	¿Han diagnosticado alguna vez a tu hijo/a un trastorno convulsivo inesperado?	☐	☐
7)	¿Han diagnosticado alguna vez a tu hijo/a asma inducido por el ejercicio, que no se controle bien con **medicamento?**	☐	☐

Explique aquí las respuestas afirmativas

Cuestionario de Salud del Paciente Versión 4 (PHQ-4)

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia has sufrido alguno de los siguientes problemas? (encierre las respuestas)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días		
Sentir nervios, ansiedad o estar al límite	0	1	2	3	☐	☐
Ser incapaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3	☐	☐
Sentir poco interés o placer al hacer cosas	0	1	2	3		
Sentir tristeza, depresión o desesperanza	0	1	2	3		

Comparta cualquier Nota Relacionada con la Sección de Arriba

Preguntas sobre el historial familiar: comparta **sobre las siguientes situaciones en tu núcleo familiar**

		S	N
1)	¿Alguien de su familia ha fallecido de forma súbita, inesperada o inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo SIDS, accidente de coche, ahogamientos o casi ahogamiento)	☐	☐
2)	¿Alguien de su familia ha fallecido repentinamente debido a «problemas cardíacos» antes de los 50 años?	☐	☐
3)	¿Alguien de su familia ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables?	☐	☐
4)	4)¿Alguno de sus familiares sufre alguna de las siguientes condiciones?	☐	☐

	S	N		S	N
Corazón dilatado	☐	☐	Taquicardia ventricular catecolaminérgica olimór ica (CPVT)	☐	☐
Miocardiopatía hipertró ica (HCM)	☐	☐	Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC)	☐	☐
Miocardiopatía dilatada (DCM)	☐	☐	Síndrome de Marfan (Rotura aórtica)	☐	☐
Problemas de ritmo cardíaco	☐	☐	Ataque al corazón con 50 años o menos	☐	☐
Síndrome del QT largo (LQTS)	☐	☐	Marcapasos o desfibrilador implantado	☐	☐
Síndrome de QT corto	☐	☐	Sordera congénita	☐	☐
Síndrome de Brugada	☐	☐			

Explica aquí las respuestas afirmativas

Historial adicional

		S	N
1)	¿Alguna vez has fumado un cigarro o cigarro electrónico, mascado o chupado tabaco o consumido rapé?	☐	☐
2)	¿Bebes alcohol o consumes drogas ilegales?	☐	☐
3)	¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o utilizado algún otro tipo de suplemento para mejorar el rendimiento?	☐	☐
4)	¿Alguna vez has tomado algún suplemento para ayudarte a ganar o perder peso, o mejorar tu rendimiento	☐	☐
5)	¿Usas siempre cinturón de seguridad en los vehículos?	☐	☐

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede revocarse si no he respondido de forma veraz y precisa a las preguntas anteriores.

Firma del estudiante/atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

AIA
ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOC.
7007 N. 18TJH ST., PHOENIX, AZ 85020
PHONE: (602) 385-3810

2025-26 EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL DE PREPARTICIPACIÓN

NextCare® URGENT CARE
EXCLUSIVE URGENT CARE PARTNER OF THE AIA

Nombre: _____ Fecha de Nac. _____
Edad: _____ Sexo: _____
Altura: _____ Peso: _____
% grasa corporal (opcional): _____ Pulsaciones: _____
Visión: D 20/_____ I 20/ _____ BP: ___/___ _____ (_____/_____, _____/_____)
Pupilas: Iguales ☐ Desigual ☐ Corregido: S ☐ N ☐

	Iniciales*	Resultados anómalos	Iniciales*
Información Médica			
Apariencia	☐		
Ojos/oídos/garganta/nariz	☐		
Audición	☐		
Ganglios linfáticos	☐		
Corazón	☐		
Soplos	☐		
Pulsaciones	☐		
Pulmones	☐		
Abdomen	☐		
Sistema genitourinario	☐		
Piel	☐		
Musculoesquelético			
Cuello	☐		
Espalda	☐		
Hombro/brazo	☐		
Codo/antebrazo	☐		
Muñecas/manos/dedos	☐		
Cadera/muslo	☐		
Rodilla	☐		
Pierna/tobillo	☐		
Pies/dedos de los pies	☐		

Se requiere un EPP completo. La información a continuación se completa como texto o con el sello oficial de la oficina del proveedor.
* Solo si hay más de un examinador - Se recomienda que haya presente una tercera parte para el examen genitourinario.

NOTAS _____
Se autoriza sin restricciones ☐
Se autoriza con las siguientes restricciones: _____
No se autoriza para: ☐Ningún deporte ☐Ciertos deportes: _____ Motivo: _____
Médicamente apto/a para todos los deportes sin restricción, pero se recomienda una evaluación o tratamiento adicional de:

_____
Recomendaciones: _____

Nombre del médico (Imprimir/escribir): _____ Fecha del exámen: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma del médico _____ ,MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

AIA ARIZONA INTERSCHOLASTIC ASSOCIATION

OUR STUDENTS. OUR TEAMS . . . OUR FUTURE.

Arizona Interscholostic Association, Inc.
Lesión Cerebral Traumática Leve (LCTL) /Conmoción Cerebral
Declaración Anual y Formulario de Reconocimiento

Yo, _____(estudiante), reconozco que tengo que participar activamente en el cuidado de mi propia salud y tengo la responsabilidad directa de informar sobre todas mis lesiones y enfermedades al personal del centro (por ejemplo: entrenadores, médicos deportivos, personal de entrenamiento atlético). Reconozco además que mi condición física se determina en base a que proporcione un historial médico preciso y comunique con total transparencia cualquier síntoma, queja, lesión y/o discapacidad experimentada antes, durante o después de las actividades atléticas.

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Mi centro me ha proporcionado materiales educativos específicos, incluida la CDC Concussion fact sheet (http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html) sobre la conmoción cerebral y me ha dado la oportunidad de **hacer preguntas**.
- He comunicado al personal con total transparencia cualquier condición médica previa y comunicaré en el futuro cualquier condición.
- Participar en mi deporte podría resultar en un traumatismo craneal o conmoción cerebral. En raras ocasiones, estas conmociones cerebrales causan un daño cerebral permanente e incluso la muerte.
- Una conmoción cerebral es una lesión cerebral. Me responsabilizo de informar de ello al médico o entrenador del equipo.
- Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades cotidianas, así como afectar mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño y rendimiento académico.
- Algunos de los síntomas de la conmoción cerebral pueden notarse de inmediato, mientras que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de **informar** de la lesión al personal del centro.
- No volveré a practicar el deporte o jugar un partido si he recibido un golpe en el cráneo o cuerpo que produzca síntomas de conmoción cerebral.
- No volveré a practicar el deporte o jugar un partido hasta que mis síntomas hayan **desaparecido**, Y tenga una autorización por escrito por un profesional de la salud calificado.
- Después de una conmoción, el cerebro necesita tiempo para **recuperarse**. Es mucho más probable que se produzca otra conmoción cerebral o daño si se vuelve a practicar el deporte antes de que **aparezcan** los síntomas.

En base a la incidencia de conmociones cerebrales, según lo publicado por el CDC, los siguientes deportes han sido identificados como de alto riesgo para sufrir una conmoción cerebral: béisbol, baloncesto, buceo, fútbol **soccer**, fútbol americano, salto con pértiga, sóftbol, animación y lucha libre.

Certifico y hago constar que tanto yo como mi padre/madre/tutor/tutora hemos leído la totalidad de este documento y entendemos completamente el contenido, las consecuencias y las implicaciones de firmarlo y aceptamos quedar vinculados al mismo.

Atleta estudiante:

Nombre (en letra imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

El padre, la madre o el tutor/a legal debe indicar el nombre en letra imprenta y firmar a continuación, además de indicar la fecha de la firma:

Nombre (en letra imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

2025-26 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Generalmente, se requiere el consentimiento parental de los/as atletas menores para los servicios de medicina deportiva, que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y emergencias, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de lesiones y enfermedades, junto con las decisiones sobre la vuelta al deporte tras una lesión o enfermedad. En ocasiones, los/as atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en las actividades deportivas y en los casos en los que el padre, la madre o el tutor/a legal no está disponible inmediatamente para proporcionar el consentimiento correspondiente a la condición específica que afecta al/a la atleta. En tales casos puede ser imperativo para la salud y seguridad de dichos atletas que se proporcionen de inmediato los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños y no se suspenderán o retrasarán debido a problemas con el consentimiento parental.

En consecuencia, como miembro de la Asociación Interescolar de Arizona (AIA), (nombre del centro o distrito) exige como condición previa a la participación en actividades interescolares que un padre, una madre o un tutor/a proporcione consentimiento por escrito para que un proveedor médico calificado (QMP) (empleado designado por el centro/distrito/AIA), preste servicios de medicina deportiva al/a la atleta menor de edad, en la medida en que el QMP considere necesario para que el/la estudiante-atleta no sufra daños. Se entiende que un QMP puede ser entrenador, médico, asistente de médico o enfermero practicante autorizado por el estado de Arizona (o el estado en el que se encuentra el/la estudiante-atleta en el momento en que se produce la lesión o enfermedad), que actúa de acuerdo con el ámbito de práctica de su licencia estatal y cualquier otro requisito impuesto por Arizona. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico certificado o técnico de emergencia, pero solo para proporcionar asistencia de emergencia y transporte.

COMPLETE EL FORMULARIO

"Yo, _____, el/la abajo firmante, soy el padre, madre o tutor/a legal de: _____

menor y estudiante-atleta en _____

(nombre de la escuela o distrito), que tiene la intención de participar en deportes y/o actividades interescolares.

Entiendo que el centro/distrito/AIA emplea o designa QMP (definido anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (definidos también anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela, antes, durante o después de las actividades deportivas y que, en ciertas ocasiones, hay actividades deportivas llevadas a cabo fuera de las instalaciones de la escuela/distrito durante las cuales otros QMP son responsables de proporcionar tales servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para proporcionar dichos servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El QMP puede tomar decisiones sobre la vuelta a la actividad, de acuerdo con el ámbito de práctica definido bajo la licencia estatal designada, salvo que la legislación de Arizona lo limite de otra forma. También entiendo que el QMP puede guardar la documentación relativa a cualquier servicio de medicina deportiva proporcionado al menor mencionado anteriormente. Por la presente autorizo al QMP, que proporcione dichos servicios al menor mencionado/a anteriormente, a revelar la información sobre la enfermedad/lesión, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y vuelta a la actividad del atleta a aquello que, según la opinión profesional del QMP, deban tener acceso a dicha información con el fin de garantizar un tratamiento y una recuperación de la enfermedad/lesión, óptimos para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tal información pueda divulgarse a los entrenadores de menores nombrados anteriormente, la dirección atlética, la enfermería del centro, cualquier docente del aula que la necesite para adaptar los contenidos académicos con el fin de garantizar la recuperación del estudiante-atleta y su regreso seguro a la actividad y cualquier QMP que realice el tratamiento.

Si el padre, la madre o tutor cree que el/la menor necesita tratamiento adicional o servicios de rehabilitación para la enfermedad/lesión, un/a médico/a, o proveedor de su elección puede tratar al menor. Entiendo, sin embargo, que todas las decisiones con respecto al regreso a la actividad tras la enfermedad/lesión dependerán del QMP empleado/designado por la escuela/distrito/AIA.

Fecha: _____ Firma: _____