Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	❑	❑
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	❑	❑
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	❑	❑
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	❑	❑
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	❑	❑
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	❑	❑
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	❑	❑
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	❑	❑
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):	❑	❑
Alta presión sanguínea	❑	❑
Soplo cardíaco		
Colesterol alto		
Infección del corazón		
10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	❑	❑
11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	❑	❑
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	❑	❑
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	❑	❑
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	❑	❑
15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	❑	❑
16. ¿Alguna vez se ha tenida a una cirugía?	❑	❑
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación:	❑	❑
18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	❑	❑
19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	❑	❑

Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Mano / Dedos Pecho

Superior de la espalda Espalda baja Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/espinilla Tobillo Pie

20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?		
22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?		
23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	❑	❑
24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	❑	❑
25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	❑	❑
26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	❑	❑
27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	❑	❑
28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	❑	❑
29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	❑	❑
30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	❑	❑
31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	❑	❑
32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	❑	❑
33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	❑	❑
34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	❑	❑
35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	❑	❑
36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	❑	❑
37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	❑	❑
38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes?	❑	❑
39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	❑	❑
40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	❑	❑
41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	❑	❑
42. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	❑	❑
43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	❑	❑
44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	❑	❑
45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	❑	❑
46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	❑	❑
Preguntas sobre la menstruación: si corresponde	❑	❑
47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	❑	❑
48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	❑	❑
49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		_____
50. ¿Cuándo fue su última menstruación?		_____

#'s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del estudiante _____ **Fecha** ____ / ____ / _____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del padre / guardian_____ **Fecha** ____ / ____ / _____

SECCIÓN 6: EVALUACIÓN FÍSICA INICIAL COMPRENSIVA DE PREPARTICIPACIÓN PIAA Y CERTIFICACIÓN DEL EXAMINADOR MÉDICO AUTORIZADO

Debe ser completado y firmado por el Examinador Medico Autorizado (AME por sus siglas en inglés) que realiza la evaluación física inicial comprensiva (CIPPE por sus siglas en inglés) del estudiante nombrado en la presente y entregado al **Director**, **o su designado,** de la escuela del estudiante.

Nombre del estudiante _____ Edad_____ Grado_____

Inscrito en el (los) deporte(s) de la escuela _____ _____

Altura_____ Peso _____ % Grasa Corporal (opcional) _____ Arteria Braquial BP____/_____ (_____/_____ , _____/_____) RP_____
Si la presión arterial arteria braquial (BP) o pulso en reposo (RP por sus siglas en inglés) están arriba de los siguientes niveles, se recomienda una evaluación adicional del estudiante por su medico de cuidado principal.

Edades 10-12: BP: >126/82, RP: >104: Edad 13-15: BP: >136/86, RP >100; Edad 16-25: BP: >142/92, RP >96

Visión: R 20/_____ L 20/_____ Corregido: Si NO (encierre uno) Pupilas: Igual_____ Desigual_____

MEDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Oído		
Ganglio Linfático		
Cardiovascular		☐ Soplo del corazón ☐ Pulsos femorales para excluir la coartación de la aórta ☐ Estigmas físicos del síndrome de Marfan
Cardiopulmonar		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones)		
Neurológico		
Piel		
ESQUELETOMUSCULAR	**NORMAL**	**RESULTADOS ANORMALES**
Cuello		
Regrese		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano/Dedos		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna/Tobillo		
Pie/Dedos		

Por la presente certifico que he revisado el HISTORIAL de SALUD, elaboré una evaluación física inicial de preparticipación del estudiante aquí nombrado, y, o en los fundamentos de tal evaluación y del HISTORIAL de SALUD del estudiante, certifico que, excepto como es especificado a continuación, el estudiante está con condición física para participar en prácticas, prácticas interescolares, prácticas de equipo y/o competencias en el (los) deporte(s) otorgados por el padre/tutor del estudiante en la sección 2 del formulario de evaluación física inicial comprensiva de preparticipación PIAA.

☐ **AUTORIZADO** ☐ **AUTORIZADO**, con recomendación(es) para evaluación o tratamiento futuro para:_____

☐ **NO AUTORIZADO** para los siguientes tipos de deportes (por favor marque aquellos que aplican):

☐ Impacto ☐ Contacto ☐ Sin contacto ☐ Vigoroso ☐ Vigoroso Moderado ☐ No Vigoroso

A causa de _____

Recomendación(es)/Remisión(es) _____

Nombre AME (use letra de molde/mecanografíe) _____ Núm de licencia_____

Dirección _____ Teléfono ( )_____

Firma AME_____MD, DO, PAC, CRNP, o SNP *(encierre uno)* Autorizado Fecha de CIPPE ___/____/___