Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 1: Debe rellenarlo el estudiante o el padre o madre *Revisado en mayo de 2017*

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser rellenado por el paciente y el padre o madre antes de ver al proveedor. El proveedor debe tener este formulario en el expediente médico).

Fecha del examen:_____

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo:_____ Edad:_____ Grado:_____ Escuela:_____ Deportes:_____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.

☐ Medicamentos ☐ Pólenes ☐ Alimentos ☐ Picaduras de insectos

Explicar las respuestas afirmativas a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
1. ¿Cuándo fue el último examen completo o "chequeo" del estudiante? Fecha: Mes / año _____/_____ (Idealmente, cada 12 meses)		
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece alguna condición médica actualmente? Si es así, por favor identifíquela a continuación.		
4. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	**SÍ**	**NO**
5. ¿Se ha desemayado alguna vez o casi se desvaneció DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez le latió el corazón demasiado rápido u omitió pulsaciones (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: ___ Hipertensión arterial ____ Un soplo cardíaco ___ Colesterol alto ____ Una infección del corazón ___ Enfermedad de Kawasaki Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma, ecocardiograma)		
10. ¿Se marea o tiene más dificultades para respirar de lo esperado o se cansa usted más rápido que sus amigos o compañeros de clase durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	**SÍ**	**NO**
12. ¿Tiene usted algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o una muerte súbita inesperada antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidentes inexplicables o el síndrome de muerte súbita del lactante)?		
13. ¿Tiene alguien de su familia un marcapasos, un desfibrilador implantado o problemas del corazón como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que se perdiera una práctica, un juego o un evento?		
15. ¿Tiene problemas de huesos, músculos o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS	**SÍ**	**NO**
16. ¿Sufre de tos, sibilancias (jadeos) o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Ha usado alguna vez un inhalador o toma medicamentos para el asma?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo u otro órgano?		
19. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de piel como herpes o la infección cutánea MRSA?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo craneal o conmoción cerebral?		
21. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo o sensación de debilidad, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?		
22. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
23. ¿Tiene usted o un familiar rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
24. ¿Tiene o tuvo problemas con los ojos o la visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó que gane o pierda peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
29. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar hoy?		
SOLO A LAS MUJERES	**SÍ**	**NO**
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí sus respuestas afirmativas: _____

_____

_____

_____

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar require que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada ; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de *©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para*

Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 2: Debe rellenarlo el proveedor de atención médica ***Revisado en mayo de 2017***

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Fecha del examen:_____

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo:_____ Edad:_____ Grado:_____ Escuela:_____ Deportes:_____

EXAMEN		
Altura: Peso: ÍNDICE DE MASA CORPORAL:		
BP: / (/) Pulso: Visión D 20/ I 20/ Corregida ☐ SÍ ☐ NO		
MÉDICO	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Aspecto		
Ojos, oídos, nariz, garganta		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Sistema neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:

☐ No autorizado

☐ Pendiente de evaluación adicional

☐ Para cualquier deporte

☐ Para ciertos deportes: _____

Razón: _____

Recomendaciones: _____

_____

_____

_____

He examinado el estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en los deportes, según lo indicado anteriormente. Existe copia del examen físico en el expediente de mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela si los padres así lo solicitan. Si se presentaran condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el proveedor podrá rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se haya explicado completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores). Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escribir a mano o a máquina):_____ Fecha:_____

Dirección:_____ Teléfono: _____

Firma del proveedor:_____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar require que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada ; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de *©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva y la Sociedad Estadounidense de Ortopedia para la Medicina Deportiva.*

Examen previo a la participación en los deportes de la escuela – protocolo de examen sugerido por el proveedor de atención médica *Revisado en mayo de 2017*

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Pedirle al paciente que:	Para comprobar:
1. Se ponga frente al examinador	Articulaciones, complexión general
2. Mire al techo, al piso, sobre los hombros, toque las orejas a los hombros	Movimiento de la columna cervical
3. Se encoja de hombros (contra resistencia)	Fuerza del trapecio
4. Mueva los hombros 90 grados, contra resistencia	Fuerza deltoide
5. Rote externamente los brazos por completo	Movimiento de hombro
6. Flexione y extienda los codos	Movimiento de codo
7. Ponga los brazos a los lados, los codos a 90 grados de flexión, muñecas pronadas/supinadas	Movimiento del codo y la muñeca
8. Que extienda los dedos, haciendo un puño	Movimiento de mano y dedos, deformidades
9. Contraiga los cuádriceps, relaje los cuádriceps	Simetría y efusión de la rodilla/tobillo
10. Que haga la "marcha del pato " 4 pasos del examinador	Movimiento de cadera, rodilla y tobillo
11. Quedarse de pie de espaldas al examinador	Simetría del hombro, escoliosis
12. Que con las rodillas rectas, se toque los dedos del pie	Escoliosis, movimientos de cadera, tendones
13. Se eleve sobre los talones, luego sobre los dedos del pie	Simetría de la pantorrilla, fuerza de las piernas

EVALUACIÓN DE SOPLOS – La auscultación se debe realizar sentado, decúbito supino y en cuclillas en una sala silenciosa usando el diafragma y la campana de un estetoscopio.

Hallazgo de auscultación de:	Se descarta:
1. S1 oído fácilmente; no holosistólico, suave, grave	Comunicación Interventricular e insuficiencia mitral
2. S2 normal	Tetralogía, CIA e hipertensión pulmonar
3. No expulsión o clic mesosistólico	Estenosis aórtica y estenosis pulmonar
4. Continuo soplo diastólico ausente	Conducto arterioso persistente
5. No hay soplo diastólico precoz	Insuficiencia aórtica
6. Pulsos femorales normales (Equivalente a pulsos braquiales en fuerza y llegada)	Coartación aórtica

EXAMEN DE MARFAN – Examine a todos los hombres de más 6'0 " y a todas las mujeres de más de 5'10" de altura con ecocardiograma y un examen con lámpara de hendidura cuando haya algunas de las dos situaciones siguientes:

1.Familia con un historial del síndrome de Marfan (este hallazgo por sí solo debe indicar más investigación)
2. Soplo cardiaco o clic mesosistólico
3. Cifoescoliosis
4. Deformidad torácica anterior
5. Brazo mayor que la altura
6. Si la proporción de cuerpo superior a inferior es mayor que 1, la desviación estándar está por debajo del promedio
7. Miopía
8. Lente ectópica

CONMOCIÓN CEREBRAL: ¿Cuándo puede un atleta volver a jugar después de sufrir una conmoción cerebral?

Después de sufrir una conmoción cerebral, ningún atleta debería volver a jugar o practicar en el mismo día. Antes se permitía a los atletas volver a jugar si los síntomas desaparecían en 15 minutos desde la lesión. Los estudios han demostrado que el cerebro joven no se recupera tan rápidamente, así la que la asamblea legislativa de Oregon ha establecido una regla por la que ningún jugador podrá volver a jugar luego de una conmoción cerebral el mismo día y el atleta deberá recibir autorización de un profesional de la salud capacitado antes de poder regresar al juego o a la práctica.

Una vez un atleta reciba autorización para volver a jugar, deberá proceder con la actividad de manera gradual para permitir que su cerebro se reajuste al esfuerzo. El atleta puede completar un paso nuevo cada día. La vuelta al horario de juegos deberá ser como se indica a continuación tras recibir la autorización médica:

Paso 1: Ejercicio ligero, incluyendo caminar o montar en bicicleta estática. No levantar pesas.
Paso 2: Correr en el gimnasio o en el campo. Sin casco u otros equipos.
Paso 3: Ejercicios de entrenamiento sin contacto y con el equipo completo. Puede comenzar el entrenamiento con pesas. Paso 4: Práctica o entrenamiento con contacto completo.
Paso 5: Juego.

Si se presentan síntomas en algún paso, el atleta debe cesar la actividad y volver a ser evaluado por un proveedor de atención médica.

581-021-0041 Formulario y protocolo para exámenes físicos de deportes

1. El Consejo Estatal de Educación adopta por referencia el formulario titulado "Examen previo a la participación en los deportes de la escuela", de fecha de mayo de 2017, que debe utilizarse para documentar los exámenes físicos y establece el protocolo para llevar a cabo el examen físico. El formulario puede utilizarse en papel o formato electrónico. Los proveedores de atención médica pueden utilizar sus sistemas de registros médicos electrónicos para producir el formato electrónico. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos a los estudiantes que participan en actividades extracurriculares, en los grados 7 a 12, deberán utilizar el formulario.
2. El formulario debe contener la siguiente declaración sobre la línea de la firma del proveedor de atención médica:
   Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".
3. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos en o después del 30 de abril de 2011 y antes del 1 de mayo de 2017 deberán utilizar el formulario de fecha de mayo de 2010.
4. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos en o después del 1 de mayo de 2017 y antes del 1 de mayo de 2018 deberán utilizar el formulario de fecha de mayo de 2017.
5. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos en o después del 1 de mayo de 2018 deberán utilizar el formulario de fecha de mayo de 2017.

NOTA: El formulario puede encontrarse en el sitio web de la Asociación de actividades de las escuelas de Oregon (OSAA): http://www.osaa.org
Estat. Autorización: ORS 326.051 Stats.
Implementado: ORS 336.479