

EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN – EXPEDIENTE MÉDICO

REVISED 1-6-09

Este FORMULARIO DEL EXPEDIENTE MÉDICO debe completarse cada año por los padres (o tutores) y el estudiante para que el estudiante pueda participar en actividades deportivas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición potencialmente peligrosa para participar en un evento atlético.

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

Dirección _____ Teléfono _____

Grado _____ Escuela _____

Médico personal _____ Teléfono _____

En caso de emergencia llamar:

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

Explique las respuestas "Si" en el cuadro de abajo. ** Circule las preguntas donde no sepa las respuestas. Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere más evaluaciones médicas inclusive un examen físico. Se requiere la autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera antes de cualquier participación en las prácticas de los juegos o partidos UIL.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido una enfermedad o lesión desde tu último chequeo o examen físico para deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez te ha faltado inesperadamente el aire al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has pasado una noche hospitalizado durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes alergias estacionales que requieran tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Utilizas algún equipo de protección especial o correctiva o dispositivos que no se utilizan generalmente para la práctica deportiva o la posición (por ejemplo, rodillera, protector especial para el cuello, plantillas, protector de dientes, aparato auditivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince, torcedura o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas más rápido que tus amigos al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez sientes acelerado el corazón, o te saltan los latidos del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido la presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
¿Algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o de muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
¿Algún miembro de tu familia ha sido diagnosticados con agrandamiento del corazón, (cardiomiocardiopatía dilatada), cardiomiocardiopatía hipertrófica, mayor síndrome de QT largo u otra enfermedad de los canales iónicos (el síndrome Brugada, etc), el síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorrilla
¿Has tenido una infección viral severa (por ejemplo miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
¿Alguna vez tu médico te ha negado o restringido tu participación en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brazo superior	<input type="checkbox"/> Pie	
4. ¿Has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres pesar más o menos de lo que pesas ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han noqueado, perdiste el conocimiento o la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos de tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____			17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo fue la última conmoción? _____			18. ¿Has sido diagnosticado o recibido tratamiento por el rasgo o enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan severa fue cada lesión? (Explicar abajo)			<i>Solamente mujeres</i>		
¿Alguna vez has tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual?	_____	
¿Tienes fuertes dolores de cabeza frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue la última fecha de tu periodo menstrual?	_____	
¿Alguna vez has tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos días pasan entre el inicio de tu periodo hasta el siguiente?	_____	
¿Alguna vez has tenido un nervio pellizcado, que pica, arde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos periodos tuviste el año pasado?	_____	
5. ¿Te falta algún órgano par?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el tiempo más largo entre tus periodos el año pasado?	_____	
6. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿Estás tomando medicamento con o sin receta, medicamento o píldoras o usas un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>El individuo que responde afirmativamente a todas las preguntas relacionadas con asuntos de salud cardiovasculares (tercera pregunta) debe tener restricciones en su participación deportiva hasta que el individuo sea examinado y autorizado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera.</p> <p>** EXPLICAR respuestas afirmativas En el siguiente cuadro (adjuntar otra hoja si es necesario):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
8. ¿Padece alergias (por ejemplo: al polen, la medicina, alimentos, o picaduras de insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Alguna vez te has sentido mareado durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tienes algún problema de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones cutáneas, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Alguna vez has enfermado por hacer ejercicio cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Se entiende que aunque el atleta use equipo de protección cuando sea necesario, siempre existe la posibilidad de un accidente. La Liga-interescolar 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 necesita atención inmediata y tratamiento como consecuencia de una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para su atención y tratamientos para dicho estudiante por cualquier médico, entrenador, enfermera o representante de la escuela. Me comprometo a indemnizar y eximir de responsabilidad a la escuela y al representante de la escuela o del hospital de cualquier reclamo por cualquier persona por razones de cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Si entre esta fecha y el comienzo de la competencia atlética, ocurre una enfermedad o lesión que pueda limitar la participación del estudiante, estoy de acuerdo en notificar a la escuela o autoridad sobre dicha enfermedad o lesión.

Por medio de la presente declaro que en lo que corresponde a mi conocimiento, mis respuestas están completas y correctas. No responder con la verdad podría implicar para el estudiante, sanciones determinadas por UIL.

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

THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN—EXAMEN FÍSICO

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

Altura: _____ Peso: _____ % Grasa corporal (opcional) _____ Peso: _____ BP _____/____ (____/____, ____/____)
 Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: R 20/____ L 20/____ Corregida: S N Pupilas: Igual Desigual

Como requisito mínimo, este **Formulario de evaluación físico** deberá completarse antes de participar en eventos atléticos de la secundaria y nuevamente antes del primer y tercer año de participación atlética en la preparatoria. Debe **ser** completado y detallar las respuestas afirmativas especificadas en el formulario del historial médico al reverso. ***Las nomas locales del distrito pueden requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	ANORMAL	INICIALES*
MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oidos/ Nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Auscultación del corazón en posición supina.			
Auscultación del corazón en posición de pié.			
Pulsos del corazón en extremidades bajas			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solamente hombres)			
Piel			
Estigma de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad de las coyunturas, escoliosis)			

APARATO LOCOMOTOR			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pierna/Tobillo			

* solamente examen de estación

AUTORIZADO

Autorizado
 Autorizado después de completar la evaluación o rehabilitación para: _____

No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.