

Evaluación física previa a la participación

FORMULARIO DE HISTORIA

(Nota: este formulario debe ser completado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener este formulario en el expediente).

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de cumpleaños _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Colegio _____ Deportes) _____

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

¿Tienes alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, identifique la alergia específica a continuación.

Medicamentos pólenes Alimentos Insectos que pican

Explique las respuestas "Si" a continuación. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas no sepas.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	Nb	PREGUNTAS MÉDICAS	sí	No
1. ¿Alguna vez un médico ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier razón?			26. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tiene alguna condición médica continua? Si es así, identifique a continuación: Asma Anemia Diabetes Infecciones Otro: _____			27. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Ha pasado alguna vez la noche en el hospital?			28. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE USTED	Sí	Nb	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el últimos meses?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en la pecho durante el ejercicio?			32. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
7. ¿Alguna vez su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?		
8. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene algún problema cardíaco? Si es así, marque todo lo que corresponda: Presión arterial alta Colesterol alto Enfermedad de Kawasaki Un soplo en el corazón Una infección del corazón Otro: _____			34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
9. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o golpe en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Se mareo o siente que le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?			36. ¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?		
11. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión inexplicable?			37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire más rápido que tus amigos? ¿durante el ejercicio?			38. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE SU FAMILIA	Sí	No	39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe? o cayendo?		
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluido ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita infantil)?			40. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
14. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
16. ¿Alguien en su familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi ahogamiento?			43. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	Nb	44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que te perdieras una práctica o un juego?			45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?			46. ¿Usa gafas protectoras, como gafas o un protector facial?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			47. ¿Te preocupa tu peso?		
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?			48. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?		
21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Utiliza regularmente aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
23. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo o articulación que le moleste?			51. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones se vuelve dolorosa, hinchada, se siente caliente o se ve roja?			SOLO MUJERES		
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Ha tenido alguna vez el periodo menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer menstruación?		
			54. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas "si" aquí

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

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

Evaluación física previa a la participación

EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE HISTORIA COMPLEMENTARIA

Fecha del examen _____

Nombre _____

Fecha de cumpleaños _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Colegio _____ Deportes) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de invalidez		
3. Clasificación (si está disponible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/traumatismo, otros)		
5. Haz una lista de los deportes que te interesa practicar		
	Sí	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, un dispositivo de asistencia o una prótesis?		
7. ¿Utiliza algún aparato ortopédico especial o dispositivo de asistencia para los deportes?		
8. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
9. ¿Tiene pérdida auditiva? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza algún dispositivo especial para el funcionamiento de los intestinos o la vejiga?		
12. ¿Tiene ardor o malestar al orinar?		
13. ¿Ha tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tiene espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden controlarse con medicamentos?		

Explique las respuestas "sí" aquí

Indique si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes.

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Bazo agrandado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el intestino		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en brazos o manos.		
Debilidad en piernas o pies.		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
Alergia al latex		

Explique las respuestas "sí" aquí

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

Firma del atleta _____ Firma del padre / tutor _____

Fecha _____

Evaluación física previa a la participación

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre _____

Fecha de cumpleaños _____

RECORDATORIOS DEL MÉDICO

- Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se siente triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
 - ¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el dip?
 - Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco para mascar, rapé o dip?
 - ¿Bebe alcohol o usa alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento de rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su desempeño?
 - ¿Usa cinturón de seguridad, usa casco y usa condones?
- Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a 14).

EXAMEN			
Altura	Peso	Masculino	Femenino
PA	/ (/)	Legumbres	Visión R 20/ L 20/ corregido Y _
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, extensión del brazo > altura, hiperlaxitud, miopia, MVP, insuficiencia aórtica)			
Ojos/oidos/nariz/garganta • Alumnos iguales • Audiencia			
Ganglios linfáticos			
corazon un • Soplos (auscultación de pie, supino, +/- Valsalva) • Ubicación del punto de máximo impulso (PMI)			
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (solo hombres)b			
Piel • HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis			
Neurológico c			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Atrás			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Muño de la cadera			
Rodilla			
pierna/tobillo			
Pie/dedos de los pies			
Funcional • Duck-walk, salto con una sola pierna			

- a Considere ECG, ecocardiograma y derivación a cardiología por antecedentes o exámenes cardiacos anormales.
 b Considere el examen GU si se encuentra en un entorno privado. Se recomienda la presencia de un tercero.
 c Considere la evaluación cognitiva o las pruebas neuropsiquiátricas iniciales si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

Autorizado para todos los deportes sin restricción

Aprobado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional para _____

No autorizado

Pendiente de evaluación adicional

Para cualquier deporte

Para ciertos deportes _____

Razón _____ Recomendaciones _____

Nombre del medico (imprimir nombre) _____ Fecha _____

Examiné al estudiante mencionado anteriormente y completé la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes descritos anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a pedido de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya recibido autorización para participar, un médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres/tutores).

Dirección _____

Firma del médico _____, DM o OD

Teléfono _____

▪ Evaluación física previa a la participación

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**ASOCIACIÓN ATLÉTICA INTERESCOLAR DE WISCONSIN – TARJETA DE PERMISO ATLÉTICO
(Imprimir o escribir)**

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN ATLETISMO INTERESCOLAR DEBEN TENER ESTA TARJETA EN EL ARCHIVO DE SU ESCUELA ANTES DE LA PRÁCTICA O PARTICIPACIÓN

El examen físico realizado el 1 de abril y en adelante es válido para los siguientes dos años escolares; El examen físico realizado antes del 1 de abril es válido solo por el resto de ese año escolar y el siguiente año escolar.

NOMBRE (Apellido) _____ NOMBRE (Primero) _____

(Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Sexo _____

Grado _____

Colegio _____

Ciudad _____

Dirección actual Teléfono _____

Liquidado sin restricción Liquidado, con las siguientes calificaciones:

No aclarado Pendiente de evaluación adicional Para todos los deportes Para ciertos deportes:

Razón:

Recomendaciones:

Examiné al estudiante mencionado anteriormente y completé la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes descritos anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a pedido de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya recibido autorización para participar, un médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del médico (letra de impreta) _____

FIRMA DEL MÉDICO CON LICENCIA (DM o DO) /APNP*:

Nombre de la clínica _____

Dirección/Clinica _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono _____

Fecha del examen _____

* Los médicos pueden autorizar a los enfermeros practicantes o asistentes médicos a sellar esta tarjeta con la firma del médico o el nombre de la clínica a la que está afiliado el médico.

Lugar de trabajo de los padres _____

Médico de Familia Dentista de Familia _____

Nombre de la compañía de seguros privada _____

Teléfono _____

Nombre del miembro suscriptor (asegurado principal) _____

Información de emergencia

Alergias _____

Otra información (medicamentos, etc.) _____

Inmunizaciones

Al día (ver documentación adjunta) No al día – especificar
(p. ej., tétanos/difteria, sarampión, paperas, rubéola, hepatitis A, B, influenza, poliomieltis, neumococo, meningococo, varicela)

1. Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente practique, compita y represente a la escuela en deportes interescolares aprobados por WIAA, excepto aquellos restringidos en esta tarjeta.

2. De conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y las reglamentaciones promulgadas en virtud de la misma (conocidas colectivamente como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de atención médica del estudiante mencionado anteriormente, incluido el personal médico de emergencia y otros profesionales capacitados de manera similar, que pueda estar asistiendo a un evento o práctica interescolar, para divulgar/intercambiar información médica esencial sobre la lesión y el tratamiento de este estudiante al personal apropiado del distrito escolar, como, entre otros, el director, el director atlético, el entrenador atlético, el médico del equipo, el entrenador del equipo, asistente administrativo del director atlético y/u otros proveedores profesionales de atención médica, con fines de tratamiento, atención de emergencia y mantenimiento de registros de lesiones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

FECHA _____