

**PREPARTICIPACIÓN DE EVALUACIÓN FÍSICA - HISTORIAL MÉDICO**

**2014-2015**

Este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** debe completarse *anualmente* por el padre (o tutor) y el estudiante, para que el estudiante pueda participar en las actividades atléticas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna enfermedad que impida que sea peligroso participar en un evento deportivo.

Nombre del estudiante: (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grado 2014 - 2015 \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste en 2014-2015 \_\_\_\_\_

ID del estudiante \_\_\_\_\_

Deportes jugados \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas "Sí" en el cuadro de abajo\*\*. Circule las preguntas que no sepa las respuestas. Cualquier respuesta Si a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere evaluación médica que puede incluir un examen físico. Se requiere la autorización por escrito de un médico, un asistente médico, quiropráctico, o enfermera antes de cualquier participación en las prácticas, juegos o partidos de la UIL.**

		Sí	No		Sí	No	
1.	¿Has tenido una lesión o enfermedad médica desde tu última revisión o examen físico deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	¿Alguna vez has tenido, de forma inesperada, falta de aliento con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Has sido hospitalizado durante una noche en 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 especial de protección o correctivo o dispositivos que no se utilizan por lo general para tu práctica deportiva o posición (por ejemplo, apoyo de rodilla, protección para el cuello, aparatos ortopédicos, frenos dentales, prótesis de oído)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Alguna vez has tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el 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 ha tenido aceleración de tu corazón o arritmia?	<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 presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, marca la casilla correspondiente y explica a continuación:		
	¿Te han dicho alguna vez que tienes un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
	¿Algún miembro de la familia ha muerto de problemas del corazón o de muerte súbita inesperada, antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
	¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón, (miocardiopatía dilatada), la miocardiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otros canales iónicos (síndrome de Brugada, etc), el síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
	¿Has tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Espinilla / Pantorrilla
	Alguna vez un médico negó o restringió tu participación en los deportes por algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
4.	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	¿Quieres llegar a pesar más o menos de lo que pesas ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez fuiste noqueado, perdido el conocimiento, o has perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos de peso para tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____				¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Cuándo fue la última conmoción? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	¿Se te ha diagnosticado o tratado por el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Qué tan grave fue cada uno? (Explique a continuación)						
	¿Alguna vez has tenido una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>Sólo para las mujeres</i>		
	¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual?	_____	
	¿Alguna vez has tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas, o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?	_____	
	¿Alguna vez has tenido una lesión, ardor o compresión nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo por lo general pasa desde el inicio de un periodo hasta el principio del otro?	_____	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuántos periodos has tenido en el último año?	_____	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuál fue el tiempo más largo entre periodos en el año pasado?	_____	
5.	¿Has perdido algún órgano par?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.	¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.	¿Estás tomando actualmente algún medicamento o píldoras o inhalador con receta o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8.	¿Tienes alguna alergia (por ejemplo, al polen, medicamentos, 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 problemas actuales de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.	¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.	¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Una respuesta individual afirmativa a cualquier pregunta en relación a un posible problema de salud cardiovascular (tres preguntas anteriores), tal como se identifica en el formulario, debe restringir la participación hasta que el individuo sea examinado y sea dado de alta por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera**

**\*\*EXPLICAR LAS RESPUESTAS «SÍ» EN EL CUADRO DE ABAJO** (adjunte otra hoja si es necesario)



Queda entendido que pese a que el atleta porte equipo protector siempre que ello sea necesario, prevalece la posibilidad de un accidente. Ni la Liga Académica Universitaria, como tampoco la escuela secundaria, asume responsabilidad alguna en el caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente debe necesitar atención y tratamiento inmediato, como resultado de una lesión o una enfermedad, por la presente solicito, autorizo y consiento tal cuidado y tratamiento que pueda ser dado a dicho estudiante por algún médico, entrenador de atletismo, la enfermera o el representante de la escuela. Estoy de acuerdo en indemnizar y no responsabilizar a la escuela y a cualquier representante de la escuela o del hospital de cualquier reclamación por alguna persona por razón de tal cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la competición atlética, ocurriera alguna enfermedad o lesión que limitara la participación de este estudiante, yo estoy de acuerdo en notificar a las autoridades de la escuela de la enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Si no se proporcionan las respuestas veraces se podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones determinadas por la UIL.

Firma del estudiante: X \_\_\_\_\_ Firma del Padre o Tutor: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PRÁCTICA, SCRIMMAGE O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE CLASES.**

*For School Use Only:*

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

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % de grasa corporal (Opcional) \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_)  
presión arterial braquial mientras está sentado

Visión D 20/\_\_\_\_ I 20/\_\_\_\_ Corregida:  S  N Pupilas:  Iguales  Desiguales

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe ser completado antes de la participación de atletismo en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación atlética en la escuela secundaria. **Debe** completarse si hay respuestas afirmativas a preguntas concretas sobre el FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA del estudiante en el reverso. \* **La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICAS</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición supina.			
Corazón - Auscultación del corazón en la posición de pie.			
Corazón - pulsos en las extremidades			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (hombres solamente)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiperlaxitud articular, escoliosis)			

**MUSCULOESQUELÉTICO**

Cuello			
Espalda			
Hombro / Brazo			
Codo / Antebrazo			
Muñeca / Mano			
Cadera / Muslo			
Rodilla			
Pierna / Tobillo			
Pie			

\*examen basado en estación solamente

**AUTORIZACIÓN**

- Autorizado
- Autorizado después de completar la evaluación / rehabilitación para: \_\_\_\_\_
- No autorizado para: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

*La siguiente información debe ser completada y firmada por un Médico, por un Asistente Médico licenciado por un Consejo Estatal de Examinadores de Asistentes Médicos, una Enfermera Registrada reconocida como una Enfermera de Práctica Avanzada por una Junta de Examinadores de Enfermeras o un Doctor en Quiropráctica. No se aceptarán formularios de exámenes firmados por cualquier otro profesional del cuidado de la salud.*

Nombre (letra imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Deben ser completados antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de clases, (tanto en temporada y fuera de temporada) o juegos / partidos.