**Enter School District Name here- FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD PARA DEPORTES**

|  |
| --- |
| **PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)** |
| APELLIDO | NOMBRE | GRADO: |
| FECHA DE NACIMIENTO | DEPORTE DE OTOÑO | DEPORTE DE INVIERNO | DEPORTE DE PRIMAVERA | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| **HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)** |
|  | **Sí** | **No** | **¿El estudiante ha tenido algún/a:** |  | **Sí** | **No** | **¿El estudiante:** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | Enfermedad crónica o recurrente? | 16. | 🞏 | 🞏 | Usa anteojos o lentes de contacto? |
| 2. | 🞏 | 🞏 | Enfermedad que duró más de una semana? | 17. | 🞏 | 🞏 | Tiene puentes, frenos o placas dentales? |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Hospitalizaciones u operaciones?Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico? | 18. | 🞏 | 🞏 | Toma algún medicamento? (Indique a continuación): |
| 5. | 🞏 | 🞏 | Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas? |  | **Sí** | **No** | **Tiene historial de:** |
| 6. | 🞏 | 🞏 | Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)? | 19. | 🞏 | 🞏 | Lesiones que requieren atención médica o tratamiento? |
| 7. | 🞏 | 🞏 | Problemas cardíacos o de presión arterial? | 20. | 🞏 | 🞏 | Dolor o lesión en el cuello o la espalda? |
| 8. | 🞏 | 🞏 | Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio? | 21.22. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Dolor o lesión en la rodilla?Dolor o lesión en el hombro o el codo? |
| 9. | 🞏 | 🞏 | Mareos o desmayos cuando hace ejercicio? | 23. | 🞏 | 🞏 | Dolor o lesión en el tobillo? |
| 10. | 🞏 | 🞏 | Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones? | 24. | 🞏 | 🞏 | Algún otro dolor o lesión en las articulaciones? |
| 11. | 🞏 | 🞏 | Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento? | 25. | 🞏 | 🞏 | Rotura de huesos (fracturas)? |
| 12. | 🞏 | 🞏 | Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor? | 26. | **Sí**🞏 | **No**🞏 | **Otro historial:**Defectos de nacimiento (corregidos o no)? |
| 13. | 🞏 | 🞏 | Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o soplo cardíaco? | 27. | 🞏 | 🞏 | Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico? |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Convulsiones?Calambres musculares graves o reiterados? | 28. | 🞏 | 🞏 | Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad? |
| *Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha del último examen médico completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 29. | 🞏 | 🞏 | Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses? |
| *Explique todas las respuestas "SÍ" a continuación y todo otro hecho o circunstancia de que deba divulgarse antes del examen (escriba en el reverso del formulario si es necesario):* |
| **AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR:** Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a efectuar un examen de salud para deportes del estudiante: La información que figura más arriba es completa y correcta, y no tengo conocimiento de ninguna razón que impida que el estudiante pueda participar plenamente y sin riesgo en los deportes indicados. Comprendo que éste es sólo un examen de evaluación y que la ausencia de los trastornos o problemas de salud que figuran más abajo no significa que el estudiante esté exento de otros trastornos de salud nocivos o potencialmente nocivos que pudieran lesionar o causar la muerte del estudiante mientras participa en deportes: Si tuviese alguna pregunta o inquietud sobre la salud o seguridad del estudiante, consultaré a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para que la revise y evalúe.  |
| NOMBRE DEL PADRE7TUTOR EN LETRA DE MOLDE:  | FIRMA DEL PADRE O TUTOR:  |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO DEL TRABAJO | TELÉFONO DE LA CASA | FECHA |
| NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA | TELÉFONO DEL CONSULTORIO  |  |

|  |
| --- |
| **PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING** **PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)** |
|  | NORMAL | ABNORMAL (Describe) |  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat |  |  | Height: |
| Skin |  |  | Weight: |
| Heart |  |  | Pulse: After Ex: |
| Abdomen |  |  | BP: |
| Genital/hernia (males) |  |  | ***Recommendation:***🞏 Unlimited participation🞏 Limited participation/specific sports, events or activities🞏 Clearance withheld pending  further testing/evaluation🞏 No athletic participation***One of the above MUST be checked.*** |
| Musculoskeletal: |  |  |
|  a. Neck/Spine/Shoulders/Back |  |  |
|  b. Arms/Hands/Fingers |  |  |
|  c. Hips/Thighs/Knees/Legs |  |  |
|  d. Feet/Ankles |  |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE) |  |  |
| **Comments:** |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only) | PHYSICIAN'S SIGNATURE | DATE |