**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 |