CONWAY SCHOOLS FORMA FISICA / PHYSICAL FORM

Nombre _____ Sexo: **M F** Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____

Por favor Escriba

Nombre Padres: _____ **Grado entrando al 2018-2019** _____ Escuela _____

Nombre Doctores: _____

Teléfono: _____

Explique si responde a "SI" debajo:

	SI	NO
1. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido cirugía?	☐	☐
2. ¿Actualmente está tomando algún medicamento o pastillas?	☐	☐
3. ¿Tiene alguna alergia (medicina, abejas u otros insectos picadores?)	☐	☐
4. ¿Alguna vez se ha desmayado durante o después del ejercicio?	☐	☐
¿Alguna vez ha estado mareada durante o después del ejercicio?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio que requirió atención?	☐	☐
¿Se cansa más rápidamente que sus amigos durante ejercicio?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta?	☐	☐
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? ("heart murmur")	☐	☐
¿Alguna vez has tenido tu corazón palpar rápidamente o pulso de los latidos del corazón?	☐	☐
¿Alguien de su familia ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	☐	☐
5. ¿Tiene problemas de piel (picazón, erupciones cutáneas, acné)?	☐	☐
6. ¿Alguna vez sufrió una lesión en la cabeza o una conmoción/concusión cerebral?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un golpe o un golpe en la cabeza que causó confusión, prolongada Dolor de cabeza y problemas de memoria?	☐	☐
¿Alguna vez has sido golpeado o golpeado hasta quedar inconsciente	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un ataque de Convulsión?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un aguijón, un quemador o un nervio pellizcado?	☐	☐
7. ¿Alguna vez ha tenido calambre de calor o calambres musculares?	☐	☐
¿Alguna vez te has mareado del calor o desmayado del calor?	☐	☐
¿Tiene calambres musculares frecuentes durante el ejercicio?	☐	☐
8. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?	☐	☐
9. ¿Tiene dificultad para respirar o toser durante o después de la actividad?	☐	☐
¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicina para el asma?	☐	☐
¿Hay alguien en su familia que tiene asma?	☐	☐
10. ¿Utiliza algún equipo especial (almohadillas, cuello, protector bucal, protector ocular, etc.)?	☐	☐
11. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?	☐	☐
¿Usa gafas o lentes de contacto o gafas protectoras?	☐	☐
12. ¿Alguna vez se ha torcido / tensado, dislocado, fracturado, roto o tenido hinchazón repetida U otras lesiones de los huesos o articulaciones?	☐	☐
[] Cabeza [] Hombro [] Muslo [] Cuello [] Codo [] Mano [] Espalda		
[] Rodilla [] Pie [] Antebrazo [] Tobillo [] Muñeca [] Espinilla/Pantorilla [] Cadera		
13. ¿Ha tenido otros problemas médicos (mononucleosis infecciosa, diabetes, etc.)	☐	☐
14. ¿Ha tenido un problema médico o lesión desde su último examen físico?	☐	☐
15. ¿Cuándo fue su última vacuna contra el Tétano ? _____		
¿Cuándo fue la última inmunización contra el sarampión? (measles) _____		
16. Mujeres Solamente - ¿Cuándo fue su primer período menstrual? _____		
¿Cuándo fue su última menstruación? _____		
¿Cuál fue el período menstrual más largo entre sus períodos del año pasado? _____		

Explique sus respuestas "SI" anteriores: _____

POR EL PRESENTE HAGO CONSTAR QUE AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, MIS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON CORRECTAS.

Firma de Padre/Guardian

Firma de Atletas

Fecha

NOMBRE _____ **Edad:** _____ **Sexo:** **M F** **Fecha Nacimiento:** _____

CONWAY SCHOOLS FORMA FISICA / PHYSICAL FORM

Ht. _____ **Wt.** _____ **BP:** _____ / _____ **Pulse:** _____
Vision: **R** 20/ _____ **L** 20/ _____ **Corrected** **Y** **N** **Pupils** _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDING	INITIALS
Cardiopulmonary			
Pulse			
Heart			
Lungs			
Abdominal			
Genitalia			
Musculoskeletal			
Neck			
Shoulder			
Elbow			
Wrist			
Hand			
Back			
Knee			
Ankle			
Foot			
Other			

CLEARED : **YES** **NO**

NOT CLEARED DUE TO: _____

Recommendation: _____

CLEARED [AFTER] COMPLETING EVALUATION/REHABILITATION FOR: _____

Date: _____

Signature of Physician