

■ Pre-Participation Physical Evaluation

HISTORY FORM

Date of Exam: _____

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep this form in the chart.)

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

Name: _____
Nombre

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Sex: _____ Age: _____ Grade: _____ School: Siloam Springs
Sexo años Grado escuela

Sport: _____
deporte

Medicines and Allergies:

Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

Indique todos los medicamentos y suplementos (herbales y nutricionales) con y sin receta médica que esté tomando actualmente.

Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No

¿Tienes alguna alergia? Sí No

If yes, please identify specific allergy below.

En caso afirmativo, identifique la alergia específica a continuación.

Medicines Pollens Food Insects
Medicinas Pólenes Comida Insectos

Explain "Yes" answers at the end of the 2nd page. Circle questions you don't know the answers to

(Explique las respuestas "Sí" al final de la segunda página. Haga un círculo en las preguntas que no sabe las respuestas a)

General Questions (Preguntas Generales)		Yes (Si)	No		
1	Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason? (¿Un medico ha negado o prohibido su participación en deportes por cualquier razón?)	☐	☐		
2	Do you have any ongoing medical conditions? If yes, identify: Asthma, Anemia, Diabetes, Infections ¿Tiene alguna condición médica continua? Si así es, identifique: Asma, Anemia, Diabetes, Infecciones?	☐	☐		
Other (otro):					
3	Have you ever spent the night in the hospital? (¿Ha pasado una noche en el hospital?)	☐	☐		
4	Have you ever had surgery? (¿Ha tenido cirugía?)	☐	☐		
Heart Health Questions (Preguntas de Salud del Corazon)		Yes (Si)	No		
5	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? ¿Alguna vez se ha o casi desmayado durante o despues de hacer ejercicio?	☐	☐		
6	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? (¿Ha tenido incomodidad, dolor, tirantes, o presión en su pecho durante hacer ejercicio?)	☐	☐		
7	Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise? ¿Su corazón alguna vez late rápido o salta un paso (late irregulares) durante ejercicio?	☐	☐		
8	Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: ¿Un doctor alguna vez le dijo que tiene problemas del corazón? Si así es, verifique todo lo que aplica:	☐	☐		
☐	High Blood Pressure (Presión Alta)	☐	Heart Murmur (Murmullo de corazón)	☐	Kawasaki disease (Enfermedad Kawasaki)
☐	High Cholesterol (Colesterol Alto)	☐	Heart Infection (Una infección del corazón)	☐	Other (Otro):
9	Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram) ¿Un medico ha ordenado un examen d su corazón? (Por ejemplo, un ECG/EKG, ecocardiograma)	☐	☐		
10	Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise? ¿Se mareo o le falta mas respiración durante el ejercicio?	☐	☐		
11	Have you ever had an unexplained seizure? (¿Ha tenido un ataque inexplicado?)	☐	☐		
12	Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise? ¿Se cansa más o se le va la respiración más rápido que ha sus amigos durante ejercicio?	☐	☐		
Heart Health Questions About Your Family (Preguntas de Corozon Y Salud Sobre Su Familia)		Yes (Si)	No		
13	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)? (¿Se ha muerto un miembro de su familia o relación por problemas de corazón o sufrido inesperado o inexplicada muerte antes de los 50 años, (incluyendo ahogar, accidente de carro inexplicado, o muerte infantil repentina))?	☐	☐		
14	Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia? ¿Alguien en su familia sufre de hipertrófico cardiomiopatía, Síndrome Marfan, arritmogenico, miocardiopatía ventricular derecha, Síndrome QT largo, síndrome QT corto, síndrome Brugada, o polimórfico catecolaminergico, taquicardia ventricular?	☐	☐		
15	Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator? ¿Alguien de la familia tiene problema de corazón, marcapasos, o desfibrilador implantado?	☐	☐		
16	Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning? ¿Alguien en la familia ha tenido desmayo inexplicable, ataques inexplicables, o casi se ahoga?	☐	☐		
Bone and Joint Questions (Preguntas de Huesos y Articulationes)		Yes (Si)	No		
17	Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game? ¿Ha tenido herida de un hueso, musculo, ligamento, o tendón que causo una falta de practica o juego?	☐	☐		
18	Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints? ¿Ha tenido fracturas o huesos rotos o coyunturas dislocadas?	☐	☐		
19	Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches? ¿Ha tenido herida requiriendo rayos-X, MRI, escaneo CT, inyecciones, terapia, o aparato ortopédico, yeso, o muletas?	☐	☐		

Explain "Yes" answers here: *Explique respuestas de “yes”:*

Signature of athlete *(Firma del atleta)* Signature of parent/guardian *(Firma del padre/tutor)* Date *(Fecha)*

■ **Pre-Participation Physical Evaluation** (Evaluación Física Pre-Participación)
PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name (Nombre) _____ Birthdate (Fecha de Nacimiento): _____

PHYSICIAN REMINDERS (RECORDATORIOS FISICOS)

1. Consider additional questions on more sensitive issues

- Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
- Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
- Do you feel safe at your home or residence?
- Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
- During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
- Do you drink alcohol or use any other drugs?
- Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
- Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve performance?
- Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?

Considere preguntas adicionales en asuntos más sensitivos

- ¿Siente estrés bajo mucha presión?
- ¿Siente tristeza, falta de esperanza, depresión o ansiedad?
- ¿Se siente seguro en su hogar o residencia?
- ¿Ha tratado de fumar, mascar tabaco, tabaco en polvo, o tabaco seco en la boca?
- ¿Durante los últimos 30 días, uso tabaco de masco tabaco, tabaco en polvo, o tabaco seco?
- ¿Toma alcohol o usa otras drogas?
- ¿Algún momento ha tomado esteroides anabólicos o usado otros suplementos de rendimiento?
- ¿Ha tomado suplementos para ayudar a subir o bajar de peso o mejorar rendimiento?
- ¿Usa el cinturón de seguridad, usa casco, usa condones?

2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

Considere repasar las preguntas de (preguntas 5-14) sobre síntomas cardíacos.

EXAMINATION (Examinación)			
Height (Altura): _____	Weight (Peso): _____	☐ Male (hombre)	☐ Female (mujer)
BP _____ / _____	Pulse _____ Vision R 20 / _____ L 20 / _____	Corrected (Corregida)	Y N
(Presión de Sangre): (Pulso): (Visión):			
MEDICAL (Médico)		Normal	Abnormal Findings (Encuentros Anormales)
Appearance (Apariencia) • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency) (Marfan estigmas (cifoscoliosis, paladar de alto arqueado, pectas excávate, arachnodactilia, Lapso de brazo > altura, hiperlaxitud, miopía, MVP, aortica insuficiencia)			
Eyes/ears/nose/throat (Ojos/oidos/nariz/garganta) • Pupils equal (Pupilas iguales) • Hearing (Audición)			
Lymph nodes (Ganglios linfáticos) Heart ^a (Corazón) ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) (Murmullo (auscultación parado, acostado, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI) (Lugar de punto del impulso maximal (PMI))			
Pulses (Pulsos) • Simultaneous femoral and radial pulses (Pulsos femoral y radial simultáneos)			
Lungs (Pulmones)			
Abdomen			
Genitourinary (males only) (solo hombres) ^b			
Skin (Piel) • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis (HSV, lesiones sugerencia de MRSA, tinea corporis)			
Neurologic (Neurológico)			
MUSCULOSKELETAL (Musculoesqueletico)			
Neck (Nuca)			
Back (Espalda)			
Shoulder/arm (Hombro/brazo)			
Elbow/forearm (Codo/antebrazo)			
Wrist/hand/fingers (Muñeca/mano/dedos)			
Hip/thigh (Cadera/muslo)			
knee (Rodilla)			
Leg/ankle (Pierna/tobillo)			
Foot/toes (Pie/dedos)			
Functional (Funcional) • Duck-walk, single leg hop (Camino de pato, salto con una pierna)			

^a Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

^b Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended

^c Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

☐ Cleared for all sports without restriction (Autorizado para todo deporte sin restricción)

☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____

(Autorizado para todo deporte sin restricción con recomendaciones para más evaluaciones o tratamiento para r)

☐ Not Cleared (No autorizado):

☐ Pending further evaluation (En espera de más evaluaciones)

☐ For any sports (Para cualquier deporte)

☐ For certain sports (para ciertos deportes): _____

Reason (Razón): _____

Recommendations (Recomendaciones) _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

He examinado el estudiante nombrado arriba y llene la evaluación de pre participación física. El atleta no parece tener contradicciones clinicas para practicar y participar en deportes tal delineados arriba. Una copia del examen físico esta archivado en mi oficina y puede estar disponible a la escuela al pedir los padres. Si se da una condición después de que el atleta se haya autorizado para participar, el medico podrá rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las consecuencias posibles se expliquen completamente al atleta (y padres/tutores).

Physician Name (Print/type) _____ Date _____

(Nombre de medio (letra de molde/a máquina)) (Fecha):

Address (Dirección) _____ Phone: _____

Signature of Physician _____, MD or DO

(Firma de Medico)