

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO Y CONSENTIMIENTO PARA PADRES

Este formulario deberá completarse DESPUÉS del 1 de mayo para el siguiente año escolar y será válido hasta el 31 de mayo del año siguiente.

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA (debe ser completado por el estudiante y el padre/madre o tutor ANTES del examen físico)

Nombre	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
ID de estudiante #	Grado	Escuela	Deportes
Dirección			Teléfono
No. de cto. de emergencia			Parentesco
Teléfono # (Casa)	(Celular)	(Trabajo)	Email

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS Indica todos los medicamentos con receta y de venta libre, inhaladores y suplementos (herbales y nutricionales) que actualmente estás consumiendo: _____ Sin medicación

¿Eres alérgico a algo? Sí No Si lo eres, especificalo: Medicinas _____

Polen _____ Comidas _____ Picaduras de insectos _____

*** Usa el espacio de abajo para explicar cualquier respuesta marcada como "Sí". Encierra en un círculo las preguntas para las que no sepas la respuesta.***

Preguntas generales	Sí	No	Preguntas sobre la salud	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o restringido participar en actividades deportivas por algún motivo?			24. ¿Toses, sibilas o te cuesta respirar durante o después de hacer ejercicio?		
2. ¿Has tenido alguna afección médica, lesión o enfermedad desde tu última revisión o examen físico deportivo?			25. ¿Te han hecho alguna vez una prueba para detectar anemia falciforme? Si es así, explica los resultados.		
3. ¿Alguna vez has estado hospitalizado durante la noche?			26. ¿Tú o algún familiar ha sido diagnosticado con rasgo falciforme o anemia falciforme?		
4. ¿Padeces alguna condición médica continua? Si es así, explícalo. ¿Asma? ¿Anemia? ¿Diabetes? ¿Infecciones? ¿Otras?			27. ¿Has sufrido una convulsión o te han diagnosticado con un trastorno de convulsiones? Si la respuesta es sí, ¿qué las provoca? _____		
5. ¿Alguna vez te has operado?			28. ¿Naciste sin un riñón, un ojo, un testículo (si eres hombre), bazo o algún otro órgano?		
Preguntas sobre tu salud cardíaca			Preguntas sobre huesos y articulaciones		
6. ¿Te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			29. ¿Tienes ahora algún problema en la piel (como picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos, ampollas)?		
7. ¿Te ha dado mareos DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			30. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o intensos?		
8. ¿Has sentido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio?			31. ¿Alguna vez te han diagnosticado COVID? Si es así, ¿cuándo?		
9. ¿Te cansas más rápido que tus amigos al hacer ejercicio?			32. ¿Has tenido mononucleosis (mono) en el último mes?		
10. ¿Has tenido alguna vez latidos rápidos, irregulares o que se saltean?			33. ¿Te has sentido mal o has sufrido calambres fuertes después de hacer ejercicio en el calor?		
11. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado al hacer ejercicio?			34. ¿Tienes o has tenido problemas de vista o con tus ojos, o los has tenido?		
12. ¿Te han diagnosticado alguna vez que tienes un soplo cardíaco?			35. ¿Usas anteojos, lentes de contacto o gafas de protección?		
13. ¿Te ha mandado alguna vez un doctor hacerte un examen para tu corazón (ECG/EKG, ecocardiograma)?			36. ¿Te has preocupado alguna vez por tu peso?		
14. ¿Tu doctor te ha dicho que tienes algún problema cardíaco? (Enfermedad de Kawasaki, miocarditis, infección cardíaca)			37. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas actualmente?		
15. ¿Te han dicho alguna vez que tienes presión alta o colesterol elevado?			38. ¿Sueles bajar de peso para cumplir con el peso exigido en tu deporte?		
16. ¿Un doctor te ha prohibido o restringido alguna vez participar en deportes debido a problemas cardíacos?			39. ¿Sientes dolor en la ingle, un bulto doloroso o una hernia en esa área?		
Preguntas sobre la salud cardíaca de tu familia			40. ¿Te has sentido desesperanzado o deprimido?		
17. ¿Algún familiar o pariente tuyo falleció por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?			Preguntas sobre huesos y articulaciones		
18. ¿Algún familiar tuyo tiene problemas cardíacos?			42. ¿Has tenido alguna lesión en los huesos, músculos, tendones o ligamentos y tuviste que faltar a un entrenamiento o competencia?		
19. ¿Algún familiar tuyo tiene un marcapasos o un desfibrilador interno?			43. ¿Has tenido alguna fractura ósea o una dislocación de articulación?		
20. ¿Hay algún familiar tuyo con síndrome de Marfan, cardiomiopatía o QT largo?			44. ¿Usas regularmente frenos, ortesis o cualquier otro dispositivo de ayuda?		
Prg. sobre conmoción cerebral/lesión en la cabeza			Si respondiste sí a alguna pregunta, marca la casilla correspondiente y explica a continuación.		
21. ¿Tuviste una lesión la cabeza o una conmoción cerebral? Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue la última vez? _____ ¿Número de diagnósticos?			<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Muñeca
22. ¿Alguna vez te han noqueado, has quedado inconsciente o has perdido la memoria?			<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Mano
23. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o intensos?			<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Dedo
			<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Cadera
			Solo en caso de mujeres		
			45. ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación?		
			46. ¿Experimentas problemas o cambios cuando practicas deportes?		
			47. ¿Cuántas veces has menstruado en los últimos 12 meses?		

Explica las respuestas marcadas como "Sí" aquí:

Por la presente declaro que, hasta donde tengo conocimiento, mis respuestas en este formulario son completas y verdaderas. Doy mi consentimiento informado para que el estudiante antes mencionado participe en las actividades. Soy consciente de que participar implica un riesgo de lesiones. En caso de enfermedad o lesión de mi hijo o hija, el personal médico, entrenadores, enfermeros u otros representantes debidamente capacitados de la escuela podrán brindar la atención médica necesaria. También acepto y reconozco que, como requisito para participar en estas actividades, se podrá compartir información identificativa del estudiante con la OSSAA en el contexto de cualquier investigación relacionada con su elegibilidad o posibles infracciones a las reglas de la OSSAA. La OSSAA tomará medidas razonables para proteger la confidencialidad de dicha información, siempre que esta no haya sido divulgada previamente por otros medios.

Firma del padre/madre o tutor _____ Firma del deportista _____ Fecha _____

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

FECHA DEL EXAMEN _____

Examen

Nombre _____ F. de nacimiento _____

Altura: _____ Peso: _____ Vista: D 20/____ I 20/____ Corrección: Sí No

Presión sanguínea: ____ / ____ , ____ / ____ , ____ / ____ Pulso: _____, _____, _____

¿Tomaste un energizante en las últimas 6 horas? Sí No

I. Médico	Normal	Descripción de resultados anormales
a.) Aspecto		
b.) Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
c.) Glándulas linfáticas		
d.) Corazón		
e.) Pulsos		
f.) Pulmones		
g.) Abdomen		
h.) Sis. genitourinario (varones)		
i.) Piel		
j.) Capacidad neurológica		
2. Musculoesquelético	Normal	
a.) Cuello		
b.) Espalda		
c.) Hombro/brazo		
d.) Codo/Antebrazo		
e.) Muñeca/Mano/Dedos		
f.) Cadera/Muslo		
g.) Rodilla		
h.) Pierna/Tobillo		
i.) Pie/Dedos		
j.) Capacidad funcional		

Instrucciones del profesional médico al personal escolar (anote aquí cualquier recomendación o indicación)

Medicamentos de emergencia obligatorios Inhalador Epinefrina Glucagón Otro: _____

Comentarios:

Autorizado para todos los deportes sin restricciones.

Autorizado para todos los deportes sin restricciones, con recomendación para una examen o tratamiento adicional de:

Sin autorización

En espera de un examen adicional Para cualquier deporte Para algunos deportes (menciónelos):

Motivo:

Recomendaciones:

Nombre y cargo del examinador (impreso o a máquina) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del examinador _____