

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer: _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

(Primer Nombre)

(Apellido)

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

2023 Este formulario ha sido modificado para uso de la GHSA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

PHYSICIAN REMINDERS

- 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, e-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-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

 Medically eligible for certain sports

 Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are 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 medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

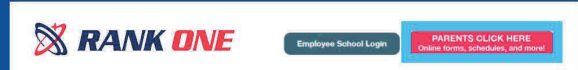
Emergency contacts: _____



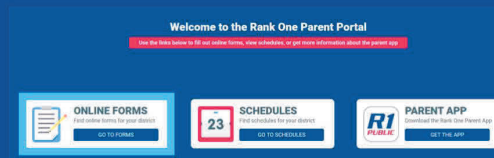
Cómo completar Formularios en línea

Con una cuenta de padres

- Paso 1. Visite www.rankone.com •
- Paso 2. Seleccione "¡PADRES HAGA CLIC AQUÍ!"



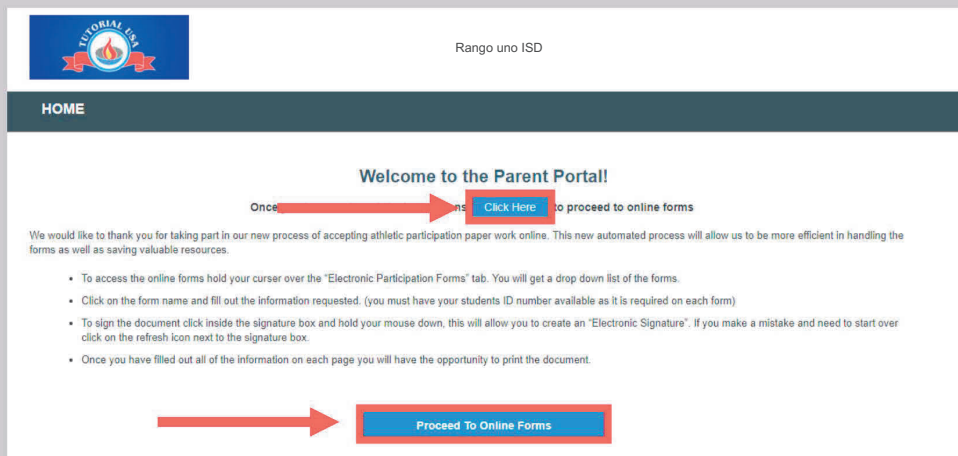
- Paso 3. Seleccione "IR A FORMULARIOS"



- Paso 4. Seleccione su estado •
- Paso 5. Seleccione el distrito escolar de su estudiante

Tutorial sobre cómo crear una cuenta para padres

Lea la página de instrucciones de su distrito y seleccione "Continuar con los formularios en línea" o "Haga clic aquí" en la parte superior de la página.



Para crear una nueva cuenta principal, seleccione "Crear nueva cuenta"

Si ya tiene una cuenta para padres, puede usar sus credenciales para iniciar sesión.

¿No estás seguro si tienes una cuenta? Seleccione "Buscar su cuenta". para ver si ya te has registrado.

Si olvidó su contraseña, seleccione "Haga clic aquí" junto a "Olvidó su contraseña" y se le enviará por correo electrónico un enlace para restablecer la contraseña.

Si desea utilizar sus credenciales de Facebook o Google Plus para crear su cuenta principal, seleccione el icono correspondiente para registrarse.

Si no desea utilizar Facebook o Google Plus, puede registrar su cuenta ingresando su Nombre, apellido y dirección de correo electrónico

Crear una contraseña y confirmar la contraseña (Las contraseñas deben tener al menos 6 caracteres)

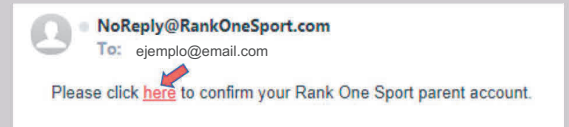
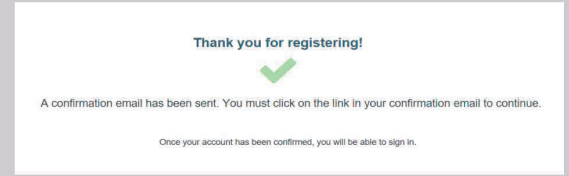
Seleccione Registrarse

Después de ingresar su información y seleccionar Registrarse, se le enviará un correo electrónico de confirmación.

Si no recibe un correo electrónico de confirmación, verifique sus carpetas de correo basura/spam o envíe un correo electrónico a support@rankone.com para verificar su dirección de correo electrónico.

Haga clic en el enlace del correo electrónico para continuar.

El enlace redirigirá a su navegador web. Haga clic en el enlace para iniciar sesión en su cuenta principal.



Si creó su cuenta con correo electrónico, ingrese su dirección de correo electrónico y contraseña y seleccione Iniciar sesión

Si usó Facebook o Google Plus para crear su cuenta, seleccione el ícono apropiado para iniciar sesión

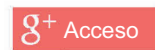
If you created your account with email please sign in below:

Email:

Password:

Or

If you created your account with a social media account please select the appropriate service:



[Forgot Password](#)

[Create New Account](#)

Luego vinculará a su estudiante a su cuenta.

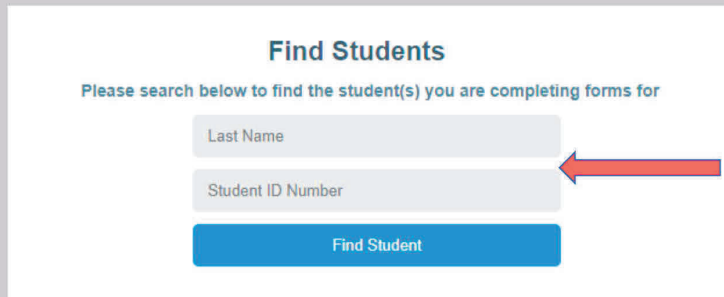
(Si tiene varios hijos, tendrá la oportunidad de vincular varios estudiantes a su cuenta)

*Nota: Algunas escuelas requerirán una de estas tres opciones para reclamar a su estudiante:

- Apellido y Número de Identificación del Estudiante
- Fecha de nacimiento y número de identificación del estudiante
- Nombre, apellido y fecha de nacimiento

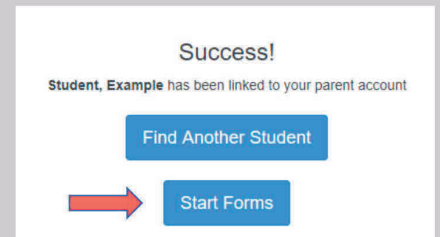
Si no conoce el número de identificación de su estudiante, deberá comunicarse con la escuela

Ingrese la información solicitada y seleccione Buscar estudiante



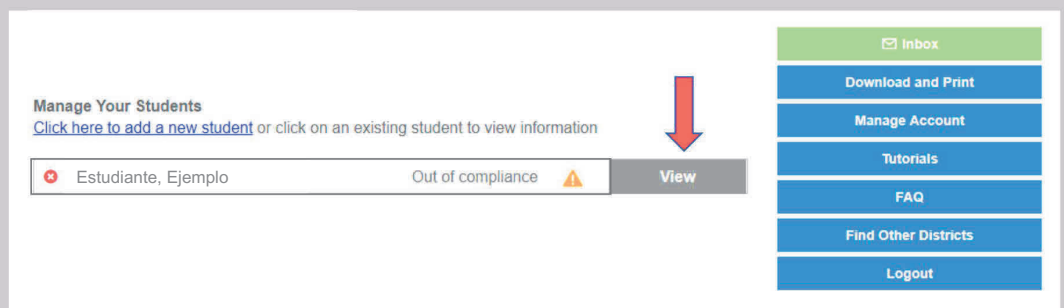
Verá a su estudiante vinculado a su cuenta. Para agregar otro niño a su cuenta, seleccione "Buscar otro estudiante" e ingrese la información solicitada.

Para comenzar a completar los formularios, seleccione "Iniciar formularios"



Verá el nombre de su estudiante y su estado de cumplimiento.

Haga clic en "Ver" para completar los formularios en línea y ver el estado de su estudiante.



Verás 2 secciones:

1. Documentos en papel 2. Documentos electrónicos

Para imprimir un formulario físico en blanco u otros documentos imprimibles, haga clic en la pestaña "Descargar e imprimir" en el lado derecho.

En la mayoría de los casos, los formularios imprimibles, como el examen físico, deben entregarse a la escuela manualmente. Sin embargo, algunas escuelas pueden permitirle cargar estos documentos en un formulario electrónico titulado "Formulario de carga física". Si la escuela de su estudiante permite esta opción, aparecerá en la sección de Formularios electrónicos.

Para completar los formularios electrónicos, haga clic en el primer enlace azul para abrir el formulario. El estado del formulario se mostrará como "Incompleto" hasta que la escuela haya aprobado los formularios de su estudiante.

Nota*: Algunas escuelas pueden requerir que se completen varios formularios.

Si tiene alguna pregunta relacionada con los formularios, comuníquese con la escuela de su estudiante.

Estudiante, Ejemplo	Out of compliance	Close
Paper Documents to be submitted		
Physical	Incomplete	
Electronic Documents to be submitted by the parent		
Example Forms Signature Page	Approved	Not available for download
Example Eligibility Form	Approved	Not available for download
Example Insurance Card Upload Form	Incomplete	

Las características adicionales dentro de su cuenta de padres incluyen:

Bandeja de entrada : donde puede recibir mensajes de la escuela de su estudiante

Documentos imprimibles : acceda a documentos que puede imprimir

Administrar cuenta : cambie su contraseña o elimine su cuenta

Tutoriales : acceda a tutoriales para ayudarlo a completar formularios electrónicos y administrar su cuenta

Preguntas frecuentes : ver las preguntas y respuestas más frecuentes

Buscar otros distritos - Buscar otras escuelas

Cerrar sesión : haga clic en Cerrar sesión para cerrar sesión en su cuenta

Student Example	Out of compliance	View
Paper Documents to be submitted		
Physical	Incomplete	
Electronic Documents to be submitted by the parent		
Example Forms Signature Page	Approved	Not available for download
Example Eligibility Form	Approved	Not available for download
Example Insurance Card Upload Form	Incomplete	

K-12 Student Accident Insurance **Enroll Online**



www.studentinsurance-kk.com

Worried about paying for your child's medical care if an accident should happen? K&K's student accident insurance can help.

K-12 Accident Plans available through your school:

- *At-School Accident Only*
- *24-Hour Accident Only*
- *Extended Dental*
- *Football*

How to Enroll Online

Enrolling online is easy and should take only a few minutes. Go to www.studentinsurance-kk.com and click the **"Enroll Now"** button.

1. Start by telling us the name of the school district and state where your child attends school.
2. We'll request each student's name and grade level.
3. You'll see the available plans and their rates. Select your coverage and continue to the next step.
4. We'll request information about you, like your name and email address.
5. Next, you'll enter information about the child or children to be covered.
6. Enter your credit card or eCheck payment information.
7. Finally, print out a copy of the confirmation for your records.

For further details of the coverage including costs, benefits, exclusions, any reductions or limitations and the terms under which the policy may be continued in force, please refer to www.studentinsurance-kk.com. Student is able to purchase the coverage only if his/her school district is a policyholder with the insurance company.

¿Le preocupa tener que pagar la atención médica de su hijo si ocurre un accidente? El seguro contra accidentes para estudiantes de K&K puede ayudarlo.

Planes de cobertura en caso de accidente para K-12 disponibles a través de su escuela:

- *Sólo accidentes en la escuela*
- *Sólo accidentes, 24 horas*
- *Dental extendido*
- *Fútbol*

Cómo inscribirse en línea

Inscribirse en línea es fácil y sólo le tomará unos pocos minutos. Visite www.studentinsurance-kk.com y haga clic en el botón **"Enroll Now"** ("Inscribirse ahora").

1. Comience por decirnos el nombre del distrito escolar y el estado en el que su hijo(a) va a la escuela.
2. Solicitaremos el nombre y el grado de cada uno de los estudiantes.
3. Verá los planes disponibles y sus tarifas. Seleccione su cobertura y continúe con el siguiente paso.
4. Le solicitaremos información sobre usted, como su nombre y dirección de correo electrónico.
5. Después, ingresará la información acerca del niño o niños que recibirá(n) cobertura.
6. Ingrese la información de pago de su tarjeta de crédito o eCheck.
7. Finalmente, imprima una copia de la confirmación para sus registros.

Para obtener más detalles sobre la cobertura, incluidos costos, beneficios, exclusiones y reducciones o limitaciones y los términos en virtud de los cuales esta póliza podría continuar en vigencia, consulte www.studentinsurance-kk.com. Los estudiantes pueden comprar la cobertura únicamente si su distrito escolar es titular de una póliza con la compañía de seguros.