

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE VISALIA

HISTORIAL: Este lado debe ser rellenado y firmado por los padres y los estudiantes
El lado opuesto debe ser rellenado, firmado y estampado por MD,DO,NP o PA
El formulario rellenado debe entregarse a la Oficina de Salud al menos 48 horas antes de las pruebas

Nombre: _____	Sexo: _____	Edad: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Grado: _____	ID# _____	Deporte(s): _____	
Dirección: _____		Teléfono: (____) _____	
Doctor/Proveedor Personal: _____			

Explique a continuación si la respuesta es "Sí".

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Cree que goza de buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Utiliza regularmente una férula o aparato de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna condición médica continua? (ej: diabetes o asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento con o sin receta (de venta libre) o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Tose, tiene silbidos o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, pólenes, alimentos o insectos con agujijones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Hay alguien en su familia que padece de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Ha utilizado alguna vez un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Tiene sarpullidos, llagas u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su corazón se acelera o se salta latidos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Ha tenido una infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene (marque con un círculo todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Ha tenido algún problema en los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta			33. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto			34. ¿Utiliza protección ocular, como gafas o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un Soplo en el Corazón			35. ¿Está contento con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una Infección de Corazón			36. ¿Está intentando ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le ha ordenado alguna vez un médico una prueba para su corazón? Ejemplo: ECG, ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Alguien le ha recomendado cambiar su peso o hábitos alimentarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguien de su familia tiene problemas de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo falciforme o la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardiacos o por muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Ha sufrido alguna vez un golpe en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguien de su familia padece del síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Le han golpeado en la cabeza y se ha sentido confuso o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha pasado alguna noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Ha tenido alguna vez un episodio de convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Se ha sometido alguna vez a una operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha tenido alguna vez una lesión, como un desgarre muscular, de ligamento o tendinitis, que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido? En caso afirmativo, marque con un círculo la zona afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras sufrir un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha tenido alguna lesión ósea o articular que haya requerido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitaciones, fisioterapia, un aparato ortopédico, una escayola o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación: Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Pecho Mano/Dedos Antebrazo Tobillo Pie/Dedos de los pies Parte superior de la espalda Parte inferior de la espalda Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/Espinilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿sufre calambres musculares severos o se pone enfermo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha sufrido alguna vez una fractura por estrés o sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han dicho que tiene o le han hecho una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (del cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO PARA MUJERES		
			48. ¿Ha tenido alguna vez la menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			49. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?	_____	_____
			50. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?	_____	_____

Explique aquí las respuestas "Sí": _____

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.	
Signature of athlete _____	Fecha: _____
Firma de Padre/Madre/Tutor _____	Fecha: _____

PHYSICAL EXAMINATION FOR INTERSCHOLASTIC ATHLETICS

NAME _____ **Student ID#** _____ **Date of Birth** _____
 Height _____ Weight _____ BMI (optional) _____ Pulse _____ BP _____ / _____ (____ / ____ / ____)
Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Yes No Pupils: Equal _____ Unequal _____

EMERGENCY INFORMATION
Allergies/Other: _____

	Normal	Abnormal Findings	Initials*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot			

Date of last Tdap booster: _____ Varicella Documentation: _____

CLEARANCE

- Cleared without restriction, may compete in : All Sports Contact Sports Non-Contact Sports
 Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
 Not cleared for: All Sports Certain Sports: _____

Name of Physician/Provider: (print/type/stamp) _____ (MD, DO, NP or PA)

Address: _____ **Phone:** _____

Signature of Physician: _____

Date of Exam: _____

MEDICAL OFFICE STAMP (Required)

THIS EXAM MUST HAVE A STAMP, SIGNATURE, AND DATE OF EXAM