

## 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. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?	<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. Have you had infectious mononucleosis within the last month?	<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. Do you have any rashes, pressure sores, or otherskin problems?	<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. Have you had a herpes skin infection?	<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. Have you had any problems with your eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta			33. Do you wear glasses or contact lenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto			34. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un Soplo en el Corazón			35. Are you happy with your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una Infección de Corazón			36. Are you trying to gain or lose weight?	<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. Has anyone recommended you change your weight or eating habits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Do you limit or carefully control what you eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguien de su familia tiene problemas de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?	<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. Have you ever had a head injury or concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguien de su familia padece del síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Have you been hit in the head and been confused or lost your memory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha pasado alguna noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Se ha sometido alguna vez a una operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Do you have headaches with exercise?	<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. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?	<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. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?	<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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. When exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Pecho Mano/Dedos Antebrazo			47. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo Pie/Dedos de los pies Parte superior de la espalda Parte inferior de la espalda Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/Espinilla			<b>FEMALES ONLY</b>		
21. ¿Ha sufrido alguna vez una fractura por estrés o sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Have you ever had a menstrual period?	<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"/>	49. How old were you when you had your first menstrual period?	_____	
			50. How many periods have you had in the last 12 months?	_____	

**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*
<b>MEDICAL</b>			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
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