

Fecha del examen: _____

Nombre del alumno(a): _____	Sexo: _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____	Escuela: _____	Deporte(s): _____	
Dirección: _____		Teléfono: _____	
Doctor o proveedor médico personal: _____			
Persona a notificar en caso de emergencia. Nombre: _____		Relación: _____	
Teléfono: (Casa) _____		(Trabajo) _____	
		(Celular) _____	

Medicamentos y alergias: Por favor enumere todas las medicinas y suplementos (naturales y nutritivos) con o sin receta médica que actualmente toma.

¿Padece de alguna alergia? Yes No Si marcó 'Si', por favor identifique la alergia específica a continuación.

- Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

El padre/madre/tutor legal y el alumno(a) deben cuidadosamente completar esta sección antes de participar en el programa deportivo interescolar. Explique las respuestas con "Si" a continuación. Marque con un círculo las preguntas que no sepa.

PREGUNTAS GENERALES		Si	No	PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Si	No
1. ¿Alguna vez le ha negado un doctor la participación en los deportes por alguna razón?				26. ¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?			
2. ¿Padece constantemente de alguna afección médica? Si respondió 'Si', por favor identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____				27. ¿Tiene un historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Si	No	PREGUNTAS MÉDICAS			
3. ¿Alguna vez pasó la noche hospitalizado?				28. ¿Tose, resolla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?			
4. ¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?				29. ¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?			
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?				30. ¿Alguien de su familia padece de asma?			
6. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?				31. ¿Nació sin un riñón o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
7. ¿Su corazón a veces se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?				32. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardíacos? Si respondió 'Si', marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto Otro: _____				33. ¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?			
9. ¿En los últimos 14 días ha estado expuesto a alguien que dio positivo a una prueba del virus COVID-19?				34. ¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?			
10. ¿Alguna vez ha dado positivo a una prueba del virus COVID-19? Fecha de la prueba (+) COVID-19: _____				35. ¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?			
11. ¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?				36. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o concusión cerebral?			
12. ¿Se mareo o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?				37. ¿Ha tenido algún golpe o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?			
13. ¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicable?				38. ¿Tiene un historial de trastorno convulsivo?			
14. ¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?				39. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?			
PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA		Si	No	40. ¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?			
15. ¿Ha habido alguna muerte por problemas cardíacos o una muerte repentina e inesperada o inexplicable antes de los 50 años de algún miembro de su familia o pariente (incluyen ahogados, accidente automovilístico inexplicable, o síndrome de muerte infantil súbita)?				41. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas luego de caerse o ser golpeado(a)?			
16. ¿Alguien de su familia padece de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo o corto síndrome de Brugada o taquicardia catecolaminérgica polimórfica ventricular?				42. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo mientras hacía ejercicio en el calor?			
17. ¿Alguien de su familia padece de problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?				43. ¿Tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?			
18. ¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algún ataque inexplicable o ha estado a punto de ahogarse?				44. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgos de o padece de anemia drepanocítica?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Si	No	45. ¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?			
19. ¿Ha tenido alguna lesión, tal como una torcedura, un desgarro muscular o de un ligamento, o tendinitis, que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?				46. ¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?			
20. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?				47. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?			
21. ¿Ha tenido alguna lesión que haya requerido Rayos-X, MRI, CT escanear, una terapia, inyecciones, un aparato ortopédico, enyesado o muletas?				48. ¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?			
22. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?				49. ¿Le preocupa su peso?			
23. ¿Le han dicho alguna vez que se haga o se ha hecho una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial o del cuello? (Síndrome de Down o enanismo)				50. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?			
24. ¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortótico o de asistencia?				51. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?			
25. ¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?				52. ¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?			
				53. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?			
				PARA MUJERES SOLAMENTE			
				54. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?			
				55. ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual?			
				56. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?			
				Explique las respuestas de "Si." Aquí:			

Por la presente indico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas anteriores están completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Physical Examination Form

The section below is to be completed by physician or staff after history and consent forms are completed.

ANEXO A-1

Student's Name: _____ DOB: _____
Height: _____ Weight: _____ %BMI (optional): _____ Pulse: _____ BP: _____ / _____ (_____ / _____, _____ / _____)
Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N Pupils: Equal _____ Unequal _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____
Other Information: _____

MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart ¹ • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ²		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ³		

MUSCULOSKELETAL

Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional • Duck walk, single leg hop		

¹ Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam

² Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended.

³ Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric setting if a history of significant concussion.

Clearance

Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
 Not cleared
 Pending further evaluation
 For any sports
 For certain sports: _____

Reason/Recommendations: _____

I have evaluated the above-named student and completed the Pre-Participation Physical Evaluation. The athlete does not present apparent contraindications to practice, tryout 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 parent. 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).

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

Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician/ Provider: _____

Modified from 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, 2010.