

**EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – HISTORIA MÉDICA**

Para que un estudiante pueda participar en actividades deportivas, el padre de familia o tutor legal del estudiante deberá llenar este FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA del estudiante **todos los años**. Las siguientes preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que pudiese poner en peligro su participación en un evento deportivo.

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(llenar en letra de imprenta)

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Explique las respuestas “Sí” en el recuadro de abajo\*\*. Encierre en un círculo las preguntas para las que no sepa la respuesta.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has estado enfermo o te has lastimado desde tu último examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Has experimentado dificultad para respirar después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado este año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sido operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de alergias que requieren el uso de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has desmayado al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algún equipo especial de protección o correctivo o aparatos que por lo general no se usan en tu deporte o puesto (por ejemplo, rodillera, collarín, ortopedia para el pie, retenedor dental, audífonos en los oídos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince o inflamación después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas más rápidamente que tus amigos al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sufrido dolor en el pecho al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido problemas de dolor o inflamación en los músculos, los tendones, los huesos o las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido agitación o palpitaciones saltadas en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tu respuesta fue positiva, marca el recuadro apropiado y explica más abajo.		
¿Alguna vez has tenido presión alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tu familia, ¿ha fallecido alguien de problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tu familia, ¿ha sido alguien diagnosticado con corazón agrandado, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otras canalopatías (síndrome de Brugada, etc., síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos meses, ¿tuviste alguna infección viral grave como por ejemplo miocarditis o mononucleosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tu médico te negó o limitó tu participación en los deportes debido a problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez sufriste una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez fuiste noqueado, quedaste inconsciente o perdiste la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tu respuesta fue afirmativa:			<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces? _____ ¿Cuándo tuviste la última conmoción? _____			<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán severa fue cada una? (Explica más abajo)			<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuviste un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo		
¿Sufres dolores de cabeza frecuentes o fuertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en el presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez sentiste adormecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuviste un dolor de tipo punzante o un nervio comprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Alguna vez fuiste diagnosticado tener o recibiste tratamiento para la anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te falta alguno de los órganos pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Estás bajo cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Solamente para jovencitas</b>		
7. En el presente, ¿estás tomando medicamentos sujetos a receta médica o de venta sin receta (OTC) o usas un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿A qué edad tuviste tu primer período menstrual?	_____	
8. ¿Sufres de alergias, por ejemplo al polen, medicamentos, alimentos, o a picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo tuviste tu período menstrual más reciente?	_____	
9. ¿Alguna vez has sentido mareos al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo pasa entre el comienzo de un período al comienzo de otro?	_____	
10. En el presente, ¿tienes algún problema de la piel (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos períodos menstruales tuviste el año pasado?	_____	
11. ¿Te enfermas si haces ejercicio al calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue la cantidad de tiempo más larga entre períodos el año pasado?	_____	
12. ¿Has tenido problemas con tus ojos o tu visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**A toda persona que responda de manera afirmativa a la pregunta referente a un posible problema de salud cardiovascular (pregunta #3) según identificado en este formulario, se le restringirá la participación hasta que sea examinada y autorizada por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico.**

---

**\*\*EXPLIQUE LAS RESPUESTAS “SÍ” EN ESTE RECUADRO. (Adjunte otra hoja si fuese necesario).**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se entiende que aún con el uso de equipos de protección por el deportista cuando fuese necesario, la posibilidad de que ocurra un accidente aún está presente. Ni la Liga Interescolar Universitaria ni la escuela asumen responsabilidad alguna en caso de accidente.

Si, en el juicio de un representante escolar, el estudiante mencionado más arriba necesita atención o tratamiento inmediato como resultado de una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y permito que tal atención o tratamiento sea provisto a dicho estudiante por un médico, un entrenador, un enfermero o un representante escolar. Por este medio acuerdo indemnizar y eximir a la escuela y a todo representante escolar o médico de toda reclamación por cualquier persona por tal cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de las competencias deportivas, ocurriese una enfermedad o lesión que impidiese la participación del estudiante en las mismas, me comprometo a notificar a las autoridades escolares acerca de tal enfermedad o lesión.

**Por la presente, declaro que según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas. Proporcionar respuestas falsas podría tener como resultado que el estudiante en cuestión estuviese sujeto a penas determinadas por la UIL.**

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Firma del padre/ tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Toda respuesta “Sí” a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 requiere evaluación médica adicional como un examen médico. Antes de poder participar en prácticas, partidos o torneo deberá presentar un permiso autorizado por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero práctico. ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O CONCURSOS DURANTE O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR.

## EVALUACIÓN FÍSICA A REALIZARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN – EXAMEN MÉDICO

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % de grasa del cuerpo (opcional) Pulso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) (\_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  
 Presión arterial braquial al estar sentado)

Visión: D 20/ \_\_\_\_\_ I 20/ \_\_\_\_\_ Corregida:  SÍ  NO Pupilas:  IGUALES  DESIGUALES

Como requisito mínimo, este **Formulario de Examen Físico** debe llenarse en su totalidad antes de la participación en deportes de escuela intermedia y nuevamente antes de la participación en deportes del primer y el tercer año de escuela secundaria. Si en el Formulario de la Historia Médica del estudiante (al dorso) hay respuestas afirmativas (SÍ), este formulario debe llenarse en su totalidad. *\*La política local del distrito podría requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICO</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nódulos linfáticos			
Corazón – Auscultación del corazón en posición supina			
Corazón – Auscultación del corazón en posición de pie			
Corazón – Pulsos en las extremidades bajas			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (jovencitos solamente)			
Piel			
(Síndrome de Marfan (Aracnodactilia, pectus excavatum (pecho hundido), hiper movilidad articular, escoliosis,			
<b>MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie			

\*Examen basado en la estación solamente.

### AUTORIZACIÓN

- Autorizado**
- Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación para:** \_\_\_\_\_
- No autorizado para:** \_\_\_\_\_ **Razón:** \_\_\_\_\_
- Recomendaciones:** \_\_\_\_\_

*La siguiente información deberá ser provista y firmada por un Médico, un Médico Asistente certificado por la Junta Estatal de Médicos Asistentes, un Enfermero Certificado reconocido como un Enfermero Práctico Avanzado por la Junta de Enfermeros Examinadores o un Médico Quiropráctico. Los formularios de exámenes médicos firmados por cualquier otro profesional de la salud, no serán aceptados.*

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**X** Firma: \_\_\_\_\_