

# Cypress-Fairbanks ISD



## Instrucciones para los formularios previos a la participación en deportes

### SIGAN ESTOS PASOS PARA ASEGURARSE DE RECIBIR APROBACIÓN PARA PARTICIPAR EN DEPORTES

Para recibir aprobación para participar en el programa de deportes de las escuelas intermedias y secundarias del CFISD, se deben seguir los **dos pasos** a continuación:

1) Llenar en su totalidad los formularios previos a la participación publicados en:

[cypressfairbanksisd.rankonesport.com](http://cypressfairbanksisd.rankonesport.com)

- Visite el sitio web listado arriba y llene los formularios. Haga clic en el recuadro azul en el centro de la página que dice "START ONLINE FORMS" y siga las instrucciones. Nota: Al ingresar el número de identificación (ID) del estudiante no use la "S", ingrese solo los números. (Por ej. si el número de identificación de su hijo es S123456, ingrese solo 123456).
- Usted debe llenar los 4 formularios en línea. Estos 4 formularios son:
  - Página de firmas de la UIL
  - Tarjeta de información de emergencia del CFISD
  - Consentimiento para electrocardiograma del CFISD
  - Formulario de permiso para viajes del CFISD

2) Tener comprobante de examen físico actual en los archivos en la escuela. Si el estudiante está por ingresar o está actualmente en la escuela:

- **Secundaria**, deberá entregar su comprobante de examen físico al preparador físico de la escuela.
- **Intermedia**, deberá entregar su comprobante de examen físico al entrenador del deporte en el que esté participando.

### INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS FORMULARIOS ANUALES NECESARIOS PARA PODER PARTICIPAR EN LOS DEPORTES

- Para que el estudiante participe en cualquier evento de prueba, práctica, clase de deporte, gimnasio abierto, salón de pesas abierto, competencia deportiva o viaje con un equipo deportivo del CFISD, por cualquier razón, deberá presentar con *anticipación* todos los **formularios de participación obligatorios (exámenes físicos y formularios en línea)**.
- El estudiante debe usar el formulario previo a la participación – Examen Físico adjunto; conforme a la Liga Interescolar Universitaria (UIL), **NO se aceptará ningún otro formulario de examen físico**.
- El formulario de Historia Médica lo llenan los padres y el estudiante debe llevarlo cuando se hace el examen físico.
- Remítase a la información en el formulario del examen físico respecto a quién califica para administrar y firmar el examen físico.
- **Antes** del comienzo de cada año escolar se debe presentar un nuevo formulario de examen físico.

EVALUACIÓN FÍSICA QUE DEBE 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 \_\_\_\_\_

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

# de ID \_\_\_\_\_ Grado en el 2023-2024 \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Deporte \_\_\_\_\_

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has estado enfermo o te has lastimado desde tu último examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El año pasado, ¿pasaste una noche en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuiste operado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez evaluación del corazón ordenada por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has desmayado al hacer, o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te cansas más rápidamente que tus amigos al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez agitación o palpitaciones saltadas en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez presión alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te han dicho alguna vez que tienes un soplo al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En tu familia, ¿ha fallecido alguien por problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<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"/>	<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"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Si respondiste "Sí", ¿Cuántas veces? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue tu última conmoción cerebral? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuán grave fue cada una? (Explica más abajo)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún ataque (seizure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres dolores de cabeza frecuentes o fuertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sentido alguna vez adormecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez tuviste un dolor de tipo punzante o un nervio comprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te falta alguno de los órganos pares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás bajo cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de alergias, por ejemplo al polen, medicamentos, alimentos, o a picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sentido mareos alguna vez al hacer, o después de, hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En el presente, ¿tienes algún problema de la piel (por ejemplo, comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te enfermas si haces ejercicio al calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido problemas con tus ojos o tu visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has experimentado dificultad para respirar después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de alergias que requieren el uso de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas algún equipo especial de protección o correctivo o aparatos que por lo general no se usan en tu deporte o posición (por ejemplo, rodillera, collarín ortopédico para el pie, retenedor dental, audífonos en los oídos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez un esguince o inflamación después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna vez problemas de dolor o inflamación en los músculos, los tendones, los huesos o las articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si respondiste "Sí", marca el recuadro apropiado y explica más abajo.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espinilla/Pantorrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo (superior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en el presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sido diagnosticado alguna vez de, o has recibido tratamiento para la anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Solo para mujeres</i>				
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿A qué edad tuviste tu primer período menstrual? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo tuviste tu período menstrual más reciente? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo pasa entre el comienzo de un período menstrual al comienzo de otro período? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos períodos menstruales tuviste el año pasado? _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El año pasado, ¿cuál fue la cantidad de tiempo más larga entre períodos? _____		
	<i>Solo para hombres</i>				
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes dos testículos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes alguna inflamación o masa testicular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Hacerse un electrocardiograma (ECG) no es obligatorio. Al marcar este recuadro, elijo obtener un ECG para mi hijo(a) para una evaluación cardíaca adicional. He leído y entiendo la información sobre la evaluación cardíaca. Entiendo que es la responsabilidad de la familia programar y pagar por el ECG.
EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SÍ" EN ESTE RECUADRO (adjunte una hoja adicional 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.

X Firma del estudiante \_\_\_\_\_ X Firma del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para toda respuesta "SÍ" a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 se necesita evaluación médica adicional como un examen médico. Antes de poder participar en prácticas, partidos o torneos deberá presentar un permiso autorizado por un médico, un asistente médico, un quiropráctico o un enfermero certificado. ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O CONCURSOS DURANTE O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN FÍSICA QUE DEBE 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/ \_\_\_\_\_ Correída:  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 norma local del distrito podría exigir 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 realizar 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. No se aceptarán formularios de exámenes médicos firmados por cualquier otro profesional de la salud.*

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

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