

Fecha del examen: _____

Nombre del alumno(a): _____		Sexo: _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____		Escuela: _____		
Dirección: _____		Deporte(s): _____		
Doctor o proveedor médico personal: _____		Teléfono: _____		
Persona a notificar en caso de emergencia. Nombre: _____		Relación: _____		
Teléfono: (Casa) _____		(Trabajo) _____	(Celular) _____	(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 llenar completamente 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?				25. ¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?			
2. ¿Padece de alguna afección médica constante? Si respondió 'Si', por favor identifiquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____				26. ¿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 en el hospital?				27. ¿Tose, resolla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?			
4. ¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?				28. ¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?			
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?				29. ¿Alguien de su familia padece de asma?			
6. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?				30. ¿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?				31. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en la ingle?			
8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardiacos? 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: _____				32. ¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?			
9. ¿Alguna vez ha estado expuesto o ha tenido una prueba positiva del virus COVID-19? Fecha de la prueba (+) COVID-19: _____ Circule uno: Sin síntomas Leve Moderado Grave				33. ¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?			
10. ¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?				34. ¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?			
11. ¿Se mareo o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?				35. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?			
12. ¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicable?				36. ¿Ha tenido algún golpe o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?			
13. ¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?				37. ¿Tiene un historial de trastorno de ataques?			
PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA		Si	No	38. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?			
14. ¿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)?				39. ¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?			
15. ¿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 polymórfica ventricular?				40. ¿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 problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?				41. ¿Alguna vez le ha dado náuseas o vómito mientras hacía ejercicio en el calor?			
17. ¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algún ataque inexplicable o ha estado a punto de ahogarse?				42. ¿Le dan calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Si	No	43. ¿Usted o alguien de su familia tiene razgos de o padece de anemia drepanocítica?			
18. ¿Ha tenido alguna lesión, tal como una torcedura, desgarre muscular o de un ligamento o tendinitis, que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?				44. ¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?			
19. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?				45. ¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?			
20. ¿Ha tenido alguna lesión que ha requerido Rayos X, IRM, escaner, TAC, una terapia de inyecciones, un aparato ortopédico, yeso o muletas?				46. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?			
21. ¿Alguna vez ha tenido una fractura de fatiga?				47. ¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?			
22. ¿Le han dicho alguna vez que se haga o se ha hecho una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial o del cuello? (Síndrome de Down syndrome o enanismo)				48. ¿Le preocupa su peso?			
23. ¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortopático o de asistencia?				49. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien se lo ha recomendado?			
24. ¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?				50. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?			
				51. ¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?			
				52. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?			
PARA MUJERES SOLAMENTE				Explique aquí las respuestas de "Si."			
				53. ¿Alguna vez ha tenido su periodo menstrual?			
				54. ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?			
				55. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?			

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