



EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Páginas 1 y 2)

Este formulario lo debe llenar el/la estudiante y el padre de familia ANTES del examen físico.

Las páginas 1 y 2 las debe conservar el profesional de atención médica y/o el padre de familia y NO se deben entregar a la escuela.

Este formulario tiene una validez de 365 días a partir de la fecha en que el profesional de atención médica lo firme.

FORMULARIO DEL HISTORIAL CLÍNICO – Información de el/la estudiante (Lo debe llenar el/la estudiante y el padre de familia.)

(Usar letra de imprenta/molde clara.)

Nombre completo de el/la estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono-casa: (____) _____

Nombre del padre/tutor legal: _____ Correo electrónico: _____

Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Parentesco con el/la estudiante: _____

Teléfono celular del contacto de emergencia: _____ Teléfono-trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

Proveedor de atención médica de la familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono-oficina: (____) _____

Enumera problemas médicos pasados y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumera todos los procedimientos quirúrgicos y fechas:

Medicamentos y suplementos (Enumera todos los medicamentos actuales, con o sin receta médica, y suplementos (a base de hierbas y nutricionales.):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumera todas tus alergias (es decir, a medicamentos, polen, alimentos, insectos):

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Haz un círculo alrededor de la respuesta.)

	En ningún momento	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirte nervioso(a), ansioso(a) o irritable	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirte triste, deprimido(a) o desesperanzado(a)	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES

Explica las respuestas que hayan sido afirmativas al final de este formulario. Haz un círculo alrededor de las preguntas cuya respuesta no conozcas.

		Sí	No
1	¿Tienes alguna inquietud que te gustaría hablar con tu proveedor de atención médica?		
2	¿Alguna vez un proveedor de atención médica te ha negado o restringido tu participación en deportes por algún motivo?		
3	¿Tienes algún problema médico constante o una enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA

		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te desmayas al estar haciendo ejercicio o después de hacerlo?		
5	¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en tu pecho al hacer ejercicio?		
6	¿Alguna vez tu corazón se ha acelerado, agitado en tu pecho o saltado latidos (latidos irregulares) al hacer ejercicio?		
7	¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco?		
8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para tu corazón, por ejemplo, una electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
9	¿Te sientes mareado o te falta el aire más que a tus amigos al hacer ejercicio?		
10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE TU FAMILIA

		Sí	No
11	¿Algún miembro de tu familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos, o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (Incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico incomprensible.)		
12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), taquicardia ventricular (CPVT)?		
13	¿Alguien en tu familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años?		



EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Páginas 1 y 2)

Este formulario lo debe llenar el/la estudiante y el padre de familia ANTES del examen físico.

Las páginas 1 y 2 las debe conservar el profesional de atención médica y/o el padre de familia y NO deben entregar a la escuela.

Este formulario tiene una validez de 365 días a partir de la fecha en que el profesional de atención médica lo firme.

Nombre completo de el/la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?		
15	¿Alguna vez te lesionaste un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón qué hizo que no pudieras asistir a práctica o a un partido?		
16	¿Tienes una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente te molesta?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
17	¿Toses, tienes sibilancias o dificultad para respirar al hacer ejercicio o después de hacerlo, o alguna vez un proveedor de atención médica te ha diagnosticado asma?		
18	¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, tu bazo o cualquier otro órgano?		
19	¿Tienes dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa en la zona de la ingle?		
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21	¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o haberte caído?		
23	¿Alguna vez te has enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
24	¿Tú o alguien de tu familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con tus ojos o la visión?		
26	¿Te preocupa tu peso?		
27	¿Está tratando de aumentar o perder peso, o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
28	¿Sigues una dieta especial o evitas comer ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
29	¿Tienes un trastorno alimentario?		
Explica las respuestas afirmativas a continuación:			

La participación en deportes en la escuela intermedia no está exenta de riesgos. El/La estudiante deportista y el padre/tutor legal reconocen que las respuestas verdaderas a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe a el/la estudiante deportista con respecto a los factores de riesgo asociados con lesiones y muerte referentes al deporte. Esta evaluación física previa a la participación en deportes se debe llevar a cabo cada año antes de participar en competencias deportivas interescolares o en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluyendo las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún estudiante debe participar en la práctica formal o representar a su escuela en deportes interescolares hasta que este formulario se haya llenado en su totalidad, sus páginas 3 y 4 estén archivadas por el director de la escuela o director deportivo, esté firmado por su padre o tutor legal y por un profesional con licencia de los Estados Unidos para realizar exámenes físicos para deportes, el cual certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del profesional con licencia que está efectuando el examen, está físicamente apto(a) para participar en deportes de la escuela intermedia. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la CHSAA recomienda que se reciba una evaluación médica de su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, el cual puede incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre de el/la estudiante deportista: (Usar letra de imprenta/molde) _____

Firma de el/la estudiante deportista: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del padre de familia/tutor legal: (Usar letra de imprenta/molde) _____

Firma del padre de familia/tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del padre de familia/tutor legal: (Usar letra de imprenta/molde) _____

Firma del padre de familia/tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___



EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Páginas 3 y 4)

Este formulario lo debe llenar el profesional de atención médica en el momento del examen.

Las páginas 1 y 2 las debe conservar el profesional de atención médica. **SOLO** las páginas 3 y 4 se deben entregar a la escuela.

Este formulario tiene una validez de 365 días a partir de la fecha en que el profesional de atención médica lo firme.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo de el/la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

¿Te sientes estresado(a) o bajo mucha presión?	¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado(a), deprimido(a) o ansioso?
¿Te sientes seguro(a) en tu casa o en el lugar donde habitas?	Durante los últimos 30 días, ¿has utilizado tabaco de mascar, rapé ("snuff") o "dip" (rapé húmedo en bolsitas)?
¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu ejecución?	
¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

Verificar que haya contestado todo el historial médico (páginas 1 y 2); revisar las respuestas de este historial médico como parte de su evaluación.

El historial/síntoma cardiovascular incluye las preguntas 4 a 13 del formulario del historial médico. (Marcar la casilla si está completo.)

EXAMEN		
Altura: _____	Peso: _____	
BP: _____ / _____ (/)	Pulso: _____	Visión: Ojo derecho- 20/ _____ Ojo izquierdo- 20/ _____
	Corregido: Sí	No
MÉDICO: El profesional de atención médica debe anotar sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, arandactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral (PVM) e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas de los ojos iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación al estar de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones que pueden parecer ser de Staphylococcus aureus resistente a la metilicina (SARM) o tiña del cuerpo		
Neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO – El profesional de atención médica deberá anotar sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso		

Nombre del profesional de atención médica (Usar letra de imprenta/molde): _____ Fecha del examen: ___/___/___

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Firma del profesional de atención médica: _____ Credenciales: _____ # de licencia: _____



EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Páginas 3 y 4)

Este formulario lo debe llenar el profesional de atención médica en el momento del examen.
Las páginas 1 y 2 las debe conservar el profesional de atención médica. **SOLO** las páginas 3 y 4 se deben entregar a la escuela.
Este formulario tiene una validez de 365 días a partir de la fecha en que el profesional de atención médica lo firme.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información de el/la estudiante (La debe llenar el/la estudiante y el padre de familia) (Usar letra de imprenta/ molde clara.)

Nombre completo de el/la estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono-casa: (____) _____
Nombre del padre/tutor legal: _____ Correo electrónico: _____
Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Parentesco con el/la estudiante: _____
Teléfono celular del contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono-trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica de familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono-oficina: (____) _____

- Médicamente califica para todos los deportes sin ninguna restricción.
- Médicamente califica para todos los deportes sin ninguna restricción, con recomendación para una evaluación o tratamiento adicional de:
(Usar una hoja adicional, si es necesario.)

- Médicamente califica solo para ciertos deportes, que se enumeran a continuación:

- Médicamente no califica para ningún deporte.
Recomendaciones: (Usar una hoja adicional, si es necesario.)

Por la presente certifico que he examinado a el/la estudiante deportista que se menciona anteriormente haciendo uso de los formularios de Examen Físico Previo a la Participación Deportiva del Distrito Escolar Poudre, y he anotado la(s) conclusión(es) que se enumera(n) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen, a la cual tienen acceso los padres si la solicitan. Cualquier lesión u otro problema médico que surgiera después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de atención médica apropiado, antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de atención médica (Usar letra de imprenta/molde o anotar a máquina): _____ Fecha del examen: ____/____/____
Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____
Firma del profesional de atención médica: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: El profesional de atención médica y el padre de familia la completan en el momento de la evaluación

Marcar esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir que esté relacionado con la participación en deportes competitivos.
Sello del proveedor de atención médica (Si la escuela lo requiere.)



Medicamentos: (Usar una hoja adicional, si es necesario.)
Enumerar: _____

Historial médico relevante para que sea examinado por el entrenador deportivo/profesional de salud del equipo (Explicar a continuación; usar una hoja adicional, si es necesario.)

____ Alergias	____ Asma	____ Cardíaco/Corazón	____ Conmoción cerebral	____ Diabetes
____ Enfermedad por calor	____ Historial quirúrgico	____ Rasgo de células falciformes	____ Salud mental	

Explicar: _____

Firma de el/la estudiante: _____ Fecha: ____/____/____
Firma del padre de familia/tutor legal y nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos de que todas las secciones se hayan llenado.