



FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Página 1 de 4)
Este historial médico lo debe conservar el proveedor de atención médica y/o el padre de familia/tutor legal, y NO se debe entregar a la escuela.

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

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO – Información de el/la estudiante (la debe responder el/la estudiante y el padre de familia/tutor legal; *escribir con letra de molde*)

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

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

Dirección de domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____

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

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

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

Profesional de la atención médica: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

Enumera los problemas médicos que hayas tenido y los que tengas actualmente:

¿Alguna vez has tenido una cirugía? En caso afirmativo, por favor enumera todos los procedimientos quirúrgicos y sus fechas:

Medicamentos y suplementos (por favor, enumera todos los medicamentos con receta médica, medicamentos sin receta médica y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) que estés tomando actualmente:

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, por favor enumera todas tus alergias (p. ej., medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado algo de lo que se menciona a continuación? (Haz un círculo alrededor de tu respuesta.)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad del día	Casi todos los días
Sentirte nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios "de punta".	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación.	0	1	2	3
Tener poco interés o gusto en hacer cosas.	0	1	2	3
Sentirte decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza	0	1	2	3

Recursos de apoyo de salud mental inmediatos: Colorado Crisis (Manejo de Crisis de Colorado) <https://coloradocrisiservices.org>; llama o envía un mensaje de texto al 988, o "chatea" en vivo en [988Colorado.com](https://988colorado.com).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
Explica las respuestas afirmativas ("Sí") al final de este formulario. Haz un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas no conozcas.			
1	¿Tienes alguna inquietud que te gustaría comentar con tu profesional de la atención médica?		
2	¿Algún profesional de la atención médica te ha negado o restringido alguna vez tu participación en deportes por cualquier motivo?		
3	¿Tienes algún problema médico persistente, o has tenido alguna enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado, o has estado a punto de desmayarte, durante o después de hacer ejercicio?		
5	¿Alguna vez has sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho al hacer ejercicio?		
6	¿Has sentido alguna vez que el corazón se te acelera, te "aletea" (palpita) en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) al hacer ejercicio?		
7	¿Algún médico te ha dicho que tienes problemas cardíacos?		
8	¿Algún médico te ha pedido que te hagas una prueba para examinar tu corazón? (Electrocardiograma, ECG o EKG)		
9	¿Te sientes mareado(a) o tienes más dificultad para respirar que tus amigos al hacer ejercicio?		
10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
11	¿Algún familiar tuyo ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (Incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable.)		
12	¿Algún familiar tuyo padece de 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 (SQTC) o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
13	¿Algún familiar tuyo ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años?		



FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Página 2 de 4)
Este historial médico lo debe conservar el proveedor de atención médica y/o el padre de familia/tutor legal,
y NO se debe entregar a la escuela.

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

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 has lesionado un hueso, músculo, articulación o tendón que te impidiera asistir a un entrenamiento o un partido?		
16	¿Tienes alguna lesión ósea, muscular, de ligamentos o articular que te esté molestando en la actualidad?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
17	¿Toses, tienes sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio, o algún profesional de la atención médica te ha diagnosticado alguna vez que tienes asma?		
18	¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo u otro órgano?		
19	¿Tienes dolor en la ingle o en los testículos, o una protuberancia (bulto) doloroso o hernia en la zona inguinal?		
20	¿Tienes alguna erupción cutánea (sarpullido) recurrente, o erupciones (sarpullidos) que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21	¿Has tenido alguna conmoción cerebral o lesión en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22	¿Alguna vez has sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o caerte?		
23	¿Alguna vez te has sentido indisposto(a) al hacer ejercicio en un clima caluroso?		
24	¿Tú o algún familiar tuyo tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes (anemia falciforme)?		
25	¿Alguna vez has tenido, o tienes actualmente, algún problema con tus ojos o tu visión?		
26	¿Te preocupa tu peso?		
27	¿Estás tratando de aumentar o de perder peso, o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
28	¿Sigues alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos alimenticios?		
29	¿Tienes algún trastorno alimentario?		
Explica aquí tus respuestas afirmativas ("Sí"):			

La participación en deportes en la escuela intermedia no está exenta de riesgos. El/La estudiante-deportista y el padre de familia o tutor legal reconocen que al responder de manera exacta las preguntas anteriores, le permiten a un médico capacitado evaluar a el/la estudiante-deportista en particular contra los factores de riesgo asociados con lesiones y muerte relacionadas con deportes. Esta evaluación física previa a la participación deportiva se llevará a cabo cada año antes de participar en una competencia deportiva entre escuelas o de participar en cualquier práctica, prueba de selección, 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 participará en prácticas formales ni representará a su escuela en deportes de la escuela intermedia hasta que este formulario no se haya completado en su totalidad, el director deportivo haya recibido y archivado la página 4 que esté debidamente firmada tanto por su padre de familia o tutor legal, como por un profesional de salud con licencia para realizar exámenes físicos deportivos en los Estados Unidos que certifique que: (a) ha aprobado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que en opinión del profesional de la atención médica autorizado, el/la estudiante está físicamente calificado(a) para participar en deportes de la escuela intermedia. El Comité Asesor de Medicina de Deportes de la CHSAA recomienda altamente una evaluación médica con su profesional de la atención médica, para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que puede incluir los exámenes especiales mencionados anteriormente.

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

Firma de el/la estudiante-deportista: _____

Fecha: ____/____/____

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

Firma del padre de familia o tutor legal: _____

Fecha: ____/____/____

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

Firma del padre de familia o tutor legal: _____

Fecha: ____/____/____



FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Página 3 de 4)
Este historial médico lo debe conservar el proveedor de atención médica y/o el padre de familia/tutor legal, y NO se debe entregar a la escuela.

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

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(a)?
• ¿Te sientes seguro(a) en tu casa o residencia?	• ¿Has consumido tabaco de mascar, rapé o tabaco de consumo oral en los últimos 30 días?
• ¿Has tomado algún suplemento para subir o bajar de peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Ha tomado esteroides anabólicos o algún otro suplemento para mejorar tu desempeño deportivo?	

☐ Verificar que el historial médico esté completo (páginas 1 y 2) y revisar estas respuestas en el historial médico como parte de su evaluación. El historial/los síntomas cardiovasculares se incluyen en las preguntas 4 a 13 del formulario de historial médico. (Marcar la casilla si está completo.)

EVALUACIÓN		
Altura/Height:	Peso/Weight:	
BP: / (/)	Pulso/Pulse:	Visión/Vision: Derecho/R: 20/ Izquierdo/L: 20/
		Con corrección: Sí No
MÉDICA – El profesional de la atención médica debe anotar sus iniciales en cada evaluación.	NORMAL	HALLASGOS ANORMALES
Aspecto general • Estigmas de Marfan (cifoscoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación en bipedestación, auscultación en decúbito supinomaniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tinea corporis		
Neurológico		
MÚSCULOESQUELÉTICA – El profesional de la atención médica debe anotar sus iniciales en cada evaluación.	NORMAL	HALLASGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos del pie		
Funcional • Prueba de sentadilla a dos piernas, prueba de sentadilla a una pierna y prueba de salto de caída o prueba de descenso de escalón		

Nombre del profesional de la atención médica (Usar letra de imprenta o molde.) _____ Fecha del examen: ____/____/____

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


FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (Página 4 de 4)

SOLO ENTREGAR ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA..
Este formulario tiene una validez de 365 días calendario a partir de la fecha en que lo firme el profesional de la atención médica.
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

 Información de el/la estudiante (la debe llenar el/la estudiante y el padre de familia/tutor legal). *Escribir con letra clara y legible.*

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

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

Dirección de domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____

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

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

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

Otro teléfono: (____) _____

- ☐ Califica médicamente para todos los deportes, sin restricciones.
- ☐ Califica médicamente para todos los deportes, sin restricciones, con recomendación para una evaluación o tratamiento adicional de: (Utilizar una hoja adicional, si es necesario.)
-
- ☐ Califica médicamente únicamente para ciertos deportes, según se indica a continuación:
-
- ☐ No califica médicamente para ningún deporte.
Recomendación: (Utilizar una hoja adicional, si es necesario.)
-

Por la presente certifico que he examinado a el/la estudiante-deportista antes mencionado(a), utilizado los formularios de Evaluación Física Previa a la Participación Deportiva del Distrito Escolar Poudre, y expresado la(s) conclusión(es) que se presentan anteriormente. Se ha conservado una copia del examen en el consultorio, a la cual los padres de familia pueden acceder previa solicitud. Cualquier lesión u otro problema médico que surgiera posteriormente a la fecha de esta autorización médica se deberá evaluar, diagnosticar y tratar debidamente por un profesional de la atención médica competente, antes de que el/la estudiante participe en actividades deportivas.

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

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

Firma del profesional de la atención médica: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: El profesional de la atención médica y el padre de familia completan esta sección en el momento de la evaluación.
Enumerar cualquier antecedente médico que sea relevante para la participación en deportes competitivos. (Explicar a continuación; utilizar una hoja adicional, si es necesario).

- | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ Alergias/Anafilaxia | ☐ Asma | ☐ Cardíaco/Corazón | ☐ Convulsión cerebral | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad por calor | ☐ Ortopédico |
| ☐ Antecedentes quirúrgicos | ☐ Rasgo de células falciformes | ☐ Salud mental | ☐ No corresponde. No hay información médica relevante para dar a conocer. | | | |

Lista de medicaciones: (Utilizar una hoja adicional, si es necesario.)

Firma de el/la estudiante: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del padre de familia/tutor legal: _____

Fecha: ____/____/____

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

Este formulario no es válido si no se completan y firman todas las secciones.

Modificado a partir de la edición de 2019 de la American Academy of Family Physicians, la American Academy of Pediatrics, el American College of Sports Medicine, la American Medical Society for Sports Medicine, la American Orthopedic Society for Sports Medicine y la American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para su reimpresión con fines educativos y no comerciales, siempre que se cite la fuente.