



## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 4/24

### FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

**Información de Estudiante** (a ser completada por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Proveedor de atención médica familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

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

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

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

#### Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.							
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?			9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?			11	¿Algún miembro de la 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 inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en tu pecho durante el ejercicio?			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), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?						



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / / Escuela: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?			26	¿Te preocupa tu peso?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón? ¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?			27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?			28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No	29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?			Explique las respuestas afirmativas aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?						
19	¿Tiene 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	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó 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 ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?						
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?						
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?						
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?						

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas 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 alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del estudiante-atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ (impreso) Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. (marque la casilla si está completa)

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
BP: / ( / )	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/ Corregido: Sí No
MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)</li> </ul>		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupilas de los ojos iguales</li> <li>Oído</li> </ul>		
Ganglios linfáticos		
Corazón <ul style="list-style-type: none"> <li>Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)</li> </ul>		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> <li>Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo</li> </ul>		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso</li> </ul>		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_ Credenciales: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) impresa de manera legible

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Género : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_
Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_
Teléfono celular de contacto de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: ( ) \_\_\_\_\_
Proveedor de atención médica familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: ( ) \_\_\_\_\_

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: (use una hoja adicional, si es necesario)
Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:
No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: (utilizar hoja adicional, si es necesario)

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: / / \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_
Firma del Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_ Credenciales: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

- Marque esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir relacionado con participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor (si la escuela lo requiere)

Medicamentos: (use una hoja adicional, si es necesario)

Lista: \_\_\_\_\_

Historial médico relevante que debe ser revisado por el entrenador atlético / médico del equipo: (explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)

- Alergias Asma Connoción cerebral cardíaca/cardíaca Diabetes Enfermedad por calor Antecedentes quirúrgicos ortopédicos
Rasgo de células falciformes Salud mental

Explicar: \_\_\_\_\_

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ 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 que todas las secciones estén completas.