



FORMULARIO DE APROBACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO

Este formulario debe encontrarse en el archivo escolar antes de que el estudiante pueda participar en algún equipo de atletismo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ Género: M / F
 Domicilio: _____
 Teléfono de la casa: ____ - ____ - _____
 Escuela: _____ Año escolar: _____ Deportes: _____

Certifico que el estudiante nombrado anteriormente en este formulario ha sido examinado médicamente y está físicamente apto para: (Marque una casilla).

- (1) Participar en todas las actividades interescolares de la escuela sin restricciones.
- (2) No está autorizado para: Todos los Deportes Deportes específicos _____

Tache los deportes específicos mencionados a continuación para los que no está autorizado a participar.

Deportes clasificados según contacto físico:

Deportes de contacto fuerte		Deportes de contacto limitado			Deportes sin contacto físico	
Básquetbol	Hockey sobre hielo	Béisbol	Esquí alpino	Atletismo	Boliche	Carreras en pista
Lacrosse varonil	Fútbol	Animación	Sófbol femenino	Salto de altura	Carreras a campo traviesa	Atletismo
Clavados	Lucha	Lacrosse femenino		Salto con garrocha	Golf	Lanzamiento de disco
Fútbol americano		Gimnasia femenil		Voleibol femenino	Natación	Lanzamiento de bala
					Tenis	

Deportes clasificados según intensidad y esfuerzo:

Mucha intensidad Actividad dinámica alta a moderada Actividad estática alta a moderada	Mucha intensidad Actividad dinámica alta a moderada Actividad estática baja	Mucha intensidad Actividad dinámica baja Actividad estática alta a moderada	Poca intensidad Actividad dinámica baja Actividad estática baja
Esquí alpino	Béisbol	Animación femenil	Boliche
Carreras a campo traviesa	Lacrosse (varonil y femenil)	Clavados	Golf
Fútbol americano	Fútbol	Deportes de campo	
Hockey sobre hielo	Sófbol femenino	Gimnasia femenil	
Pista, distancia	Natación		
Pista, carreras de velocidad	Tenis		
Lucha	Voleibol femenino		

- (3) Se requieren pruebas adicionales antes de poder hacer una recomendación final.
 Recomendaciones adicionales para la escuela o para los padres: _____

Examiné al estudiante nombrado anteriormente en este formulario y llevé a cabo la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s) indicado(s) anteriormente. Una copia del examen físico está en el archivo de mi consultorio y puede enviarse a la escuela a solicitud de los padres. Si surgiera una condición médica después de que se haya autorizado al atleta a participar, el médico podrá rescindir la autorización hasta que la condición desaparezca y las consecuencias potenciales se le hayan explicado detalladamente al atleta (y a los padres o tutores).

Firma del examinador: _____ DO MD NP PA Fecha del examen: _____

Nombre del examinador en letra de molde: _____

Domicilio: _____

Teléfono del consultorio: ____ - ____ - _____

COPIE LAS DOS CARAS DE ESTA HOJA PARA QUE EL ESTUDIANTE LA DEVUELVA A LA ESCUELA, Y GUARDE EL FORMULARIO ENTERO EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL ESTUDIANTE.

----- < DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO > -----

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA: _____ Año escolar: _____

Alergias, reacciones a medicamentos, medicamentos administrados actualmente: _____

Otra información médica especial: _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono: (Casa) ____ - ____ - _____ (Trabajo) ____ - ____ - _____ (Móvil) ____ - ____ - _____

Médico particular _____ Teléfono del consultorio ____ - ____ - _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN

- Para ser llenado por un padre, tutor o estudiante-atleta mayor de 18 años. Tómese el tiempo necesario para llenar el formulario con el fin de asegurar la buena salud y seguridad del estudiante-atleta.
- El padre, tutor o estudiante mayor de edad debe firmar en **cuatro (4)** espacios (en esta página y en la página 3).
- La evaluación debe realizarse **el 15 de abril o posteriormente** para que sea válida para el siguiente año escolar.
- En el archivo del departamento de atletismo de la escuela deben guardarse copias de las dos primeras páginas, el Formulario de Autorización y el Formulario de Consentimiento e Información.

Nombre del estudiante: _____		
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Género: _____	Año escolar: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____		
Escuela: _____		
Deporte(s): _____		
Domicilio del estudiante: _____		
Calle	Ciudad	C. P.
Nombre del padre o tutor: _____		
Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (móvil): _____		
Nombre de la madre o tutor: _____		
Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (móvil): _____		

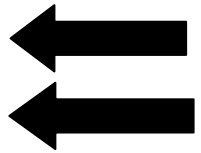
PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD

A mi leal saber y entender, la información consignada en este formulario es correcta. Mediante mi firma / la firma de mi hijo que se encuentra más abajo, yo/nosotros reconocemos haber recibido la información educativa sobre contusiones que exigen los requisitos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y de la MHSAA. Además, en consideración a la participación de mi hijo / mi participación en los eventos deportivos patrocinados por la MHSAA, yo/nosotros, por la presente, aceptamos, comprendemos, apreciamos y reconocemos: que la participación en esas actividades deportivas es completamente voluntaria; que dichas actividades implican ejercicio y contacto físico; y que existe un riesgo inherente de lesiones personales relacionado con la participación en dichas actividades que yo/nosotros asumimos y aceptamos; y por la presente, renunciamos a toda reclamación, demanda, pérdida, acciones legales o pretensión en contra de la MHSAA, sus integrantes, funcionarios, representantes, miembros del comité, empleados, agentes, abogados, aseguradores, voluntarios y afiliados con base en cualquier lesión que sufra yo, mi hijo o cualquier persona, sea por riesgo inherente, accidente, negligencia o algún otro motivo durante la participación de mi hijo en un evento deportivo patrocinado por la MHSAA o como consecuencia de dicho evento.

Yo/nosotros comprendemos que se espera que yo/nosotros cumplamos cabalmente con todas las políticas deportivas establecidas en el distrito escolar que me corresponde y en la MHSAA.

Por la presente, yo/nosotros damos nuestro consentimiento para que el alumno indicado anteriormente participe en los eventos deportivos interescolares y para que se le proporcione a la MHSAA la información protegida por FERPA y por HIPAA a fin de determinar el derecho de participación en los eventos deportivos interescolares. Mi hijo tiene mi permiso para acompañar al equipo como participante en los viajes fuera de la ciudad.

Firma del ESTUDIANTE _____ Fecha: _____



Firma del PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DEL SEGURO: Nuestro hijo o hija cumplirá con todos los reglamentos específicos del seguro del distrito escolar.
El estudiante-atleta tiene seguro de salud: Sí No

En caso afirmativo: Compañía de seguros de la familia _____ N° de identificación del seguro: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO: Yo, _____, estudiante de 18 años de edad, o el padre o tutor de _____, reconozco que a raíz de la participación en atletismo, pudiera ser necesario un tratamiento médico de emergencia, y además reconozco que el personal de la escuela probablemente no pueda contactarme para obtener mi consentimiento para la atención médica de emergencia. Por el presente doy mi consentimiento para que se proporcione dicha atención médica de emergencia, incluida la atención hospitalaria, según se considere necesario en las circunstancias que se presenten y asumo los gastos que dichos cuidados generen.



Firma del PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD _____ Fecha _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO

(Este formulario debe ser llenado por el paciente y un padre antes de ver al médico. El médico debe mantener este formulario en el expediente).

Fecha de la evaluación _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Género _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y alergias: Enumere todos los medicamentos libres y con receta, y los suplementos (herbarios y nutricionales), que toma actualmente.

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, indique la alergia específica a continuación.

Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

Explique las respuestas afirmativas a continuación. Encierre en un círculo las preguntas para las que no conoce la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Su médico alguna vez le ha prohibido o restringido su participación en algún deporte por algún motivo?		
2. ¿Tiene alguna condición médica persistente? En caso afirmativo, explique. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
3. ¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital?		
4. ¿En alguna ocasión ha tenido cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	Sí	No
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Sople cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otra: _____		
9. ¿Algún médico alguna vez le ha pedido algún estudio cardíaco? (Por ejemplo, un electrocardiograma o un ecocardiograma).		
10. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o le falta el aliento más de lo normal?		
11. ¿Alguna vez ha tenido alguna convulsión inexplicable?		
12. ¿Se siente más cansado o le falta aire más rápido que a sus compañeros durante el ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Alguien en su familia ha fallecido por problemas cardíacos o murió repentinamente antes de los 50 (incluido el ahogamiento, los accidentes automovilísticos inexplicables o el síndrome de muerte infantil súbita)?		
14. ¿Alguien en su familia sufre miocardiopatía hipertrofica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo, síndrome del QT breve, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en su familia tiene algún problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien en su familia ha sufrido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en algún hueso, músculo, ligamento o tendón que ocasionó que perdiera prácticas o juegos?		
18. ¿Alguna vez ha sufrido fracturas o fisuras óseas o se ha dislocado articulaciones?		
19. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión que necesitara rayos-x, resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, férula, yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido una fractura por esfuerzo?		
21. ¿Alguna vez se le informó que o sabe si lo sometieron a rayos-x por inestabilidad del cuello o por inestabilidad atlantoaxoidea? (Síndrome de Down o enanismo).		
22. ¿Usa regularmente frenos, aparatos de ortodoncia u otros similares?		
23. ¿Le molesta alguna lesión en huesos, músculos o articulaciones?		
24. ¿Algunas de sus articulaciones le causan dolor, se inflaman, se sienten calientes o se ven rojas?		
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedades del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Sufre de tos, jadeos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o tomado medicina para el asma?		
28. ¿Alguien en su familia sufre de asma?		
29. ¿Le falta o nació sin un riñón, ojo, testículo (varones), bazo o algún otro órgano?		
30. ¿Sufre de dolor o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Ha sufrido de mononucleosis infecciosa (mono) durante el mes pasado?		
32. ¿Sufre de erupciones cutáneas, úlceras por presión o algún otro problema cutáneo?		
33. ¿Ha sufrido de una infección cutánea por herpes o SARM?		
34. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una contusión?		
35. ¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza que le causara confusión, dolores de cabeza persistentes o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene antecedentes de convulsiones?		
37. ¿Sufre de dolores de cabeza al hacer ejercicio?		
38. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de recibir un golpe o de una caída?		
39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o piernas después de recibir un golpe o de una caída?		
40. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
41. ¿Sufre frecuentemente de calambres musculares al hacer ejercicio?		
42. ¿Usted o alguien de su familia sufre de anemia falciforme?		
43. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o de visión?		
44. ¿Ha sufrido lesiones oculares?		
45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usa protectores oculares, como gafas o caretas?		
47. ¿Está preocupado por su peso?		
48. ¿Está intentando o alguien le ha sugerido que suba o baje de peso?		
49. ¿Está siguiendo alguna dieta o evita ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Alguna vez ha tenido problemas alimenticios?		
51. ¿Tiene alguna preocupación sobre la que le gustaría platicar con su médico?		
SOLO MUJERES		
52. ¿Ya se ha presentado su periodo menstrual?		
53. ¿Cuántos años tenía cuando se presentó su primera regla?		
54. ¿Cuántas reglas ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas afirmativas a continuación.

Por medio de la presente, hago constar que, en la medida de mi conocimiento, las respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

(El médico debe mantener este formulario en el expediente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Considere hacer preguntas adicionales sobre los temas más delicados.
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Algunas veces se siente triste, sin esperanzas, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su casa o domicilio?
 - ¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco para mascar, el tabaco en polvo o el polvo húmedo de tabaco?
 - En los últimos 30 días, ¿usó tabaco masticable, tabaco en polvo o polvo húmedo de tabaco?
 - ¿Bebe alcohol o usa alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha consumido esteroides anabólicos o ha utilizado otro suplemento para el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha consumido algún suplemento para ayudarle a subir o bajar de peso o mejorar su rendimiento?
 - ¿Usa el cinturón de seguridad, casco y preservativos?
2. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a la 14).

EXAMEN		
Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
PA _____ / _____	Pulso _____	Vista D 20/ _____ I 20/ _____
Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
EVALUACIÓN MÉDICA	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia • Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazos extendidos > estatura, hiperlaxia, miopia, PVM, insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz, garganta • Pupilas isocóricas • Oído		
Nodos linfáticos		
Corazón ^a • Soplos (auscultación de pie, acostado boca arriba, +/- Valsalva) • Localización del choque de punta		
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones) ^b		
Piel • VHS, lesiones que sugieren SARM, tiña corporal		
Neurología ^c		
EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional • Marcha de pato, saltos con una pierna		

^a Considerar electrocardiograma, ecocardiograma y referir a cardiología por antecedentes cardiacos anormales o a evaluación.

^b Considerar examen GU si es un consultorio privado. Se recomienda la presencia de un tercero.

^c Considerar evaluación cognitiva o evaluación de referencia neuropsiquiátrica si existen antecedentes importantes de contusiones.

- Autorizado para todos los deportes sin restricciones.
- Autorizado para todos los deportes sin restricciones con la recomendación de realizar otras evaluaciones o tratamiento para _____
- No autorizado.
- Pendiente de evaluación adicional.
- Para ningún deporte.
- Para ciertos deportes: _____
- Motivo: _____

Recomendaciones _____

He examinado al alumno cuyo nombre aparece al inicio de este documento y le realicé la evaluación física previa a la participación. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para participar y practicar en el o los deportes que se indican arriba. En mi consultorio queda una copia de la evaluación física y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si se llegara a presentar alguna condición después de que el deportista ha sido autorizado para participar, el médico puede revocar la autorización hasta que se resuelva la condición y las posibles consecuencias se hayan explicado en su totalidad al deportista /y a sus padres o tutor).

Nombre del médico (letra de molde) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ MD o DO