



FISICO PREPARTICIPACION

FORMULARIO DE HISTORIA

Los estudiantes deben completar y firmar este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de su cita. El formulario de historial lo conservan la escuela miembro y el proveedor de atención médica.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de examinación: _____ Calificación: _____

Sexo al nacer (femenino o masculino): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales. _____

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores. _____

Medicamentos y suplementos: enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales). _____

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican). _____

¿Están al día sus vacunas requeridas? _____

		(UN CÍRCULO)
1.	¿Te sientes estresado o bajo mucha presión? ¿Alguna vez	SÍ NO
2.	te sientes triste, desesperado, deprimido o ansioso? ¿Se	SÍ NO
3.	siente seguro en su casa o residencia?	SÍ NO
4.	¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el dip?	SÍ NO
5.	Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco para mascar, rapé o dip?	SÍ NO
6.	¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento de apariencia/rendimiento?	SÍ NO
7.	¿Alguna vez ha tomado algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?	SÍ NO

PREGUNTAS GENERALES		PREGUNTAS SOBRE USTED SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (CONTINUACIÓN)	
(Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no lo hace. No se la respuesta.)		Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			
3. ¿Tiene algún problema médico actual o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE USTED SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN		Sí	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o estuvo a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?			
5. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			
6. ¿Alguna vez su corazón se acelera, palpita en su pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			
8. ¿Alguna vez un médico solicitó una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			
		Sí	No
9. ¿Se siente mareado o le falta el aliento que sus amigos durante el ejercicio?			
10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN ACERCA DE SU FAMILIA		Sí	No
11. ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o accidente automovilístico inexplicable?			
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o síndrome catecolaminérgico? ¿Taquicardia ventricular polimórfica (CPVT)?			
13. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			

ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE OKLAHOMA

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perderse una práctica o un juego?		
15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (machos), tu bazo o algún otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto o hernia doloroso en el área de la ingle?		
19. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o que aparece y desaparece, incluido herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilicina (MRSA)?		
20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿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 un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
23. ¿Tiene usted o alguien de su familia un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		

PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Estás intentando o alguien te ha recomendado que subas o bajas de peso?		
27. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos y grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
SOLO MUJERES	Sí	No
29. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación?		
31. ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas "Sí" aquí.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del deportista: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.



EXAMEN FÍSICO

(El examen físico debe realizarse a partir del 1 de mayo para el siguiente año escolar).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Calificación _____ Nombre de escuela: _____

EXAMEN					
Altura	Peso	Sexo al nacer: Masculino	Femenino		
PA / (/)	Regulaciones	Visión R 20/	20/	¿Corregido? SN	
MEDICO			NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Apariencia					
Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, altura de envergadura, hiperlaxitud, miopía, MVP, insuficiencia aórtica).					
Ojos/oidos/nariz/garganta					
Alumnos iguales					
Audiencia					
ganglios linfáticos					
Corazón					
Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)					
Ubicación del punto de impulso máximo (PMI)					
Pulsos					
simultáneopulsos femorales y radiales aneos					
Pulmones					
Abdomen					
Piel					
VHS, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis					
neurologico					
MUECION FISIOLOGICA					
	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES		NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello			Rodilla		
Atrás			Pierna/tobillo		
Hombro/brazo			Pliegues de los pies		
Codo/antebrazo			Funcional		
Muñeca/mano/dedos			Paseo en pato, soltero.		
Muño de la cadera			Salto de pierna		

Autorizado para todos los deportes sin restricciones. Autorizado para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional para _____

No borrado

Pendiente de evaluación adicional Para cualquier actividad

Razón _____

Recomendaciones _____

He examinado al estudiante mencionado anteriormente y completado la evaluación física previa a la participación. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en las actividades antes señaladas. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a solicitud de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya recibido autorización para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del profesional de atención médica (letra de imprenta/tipo) _____ Fecha _____

DIRECCIÓN _____ Teléfono _____ Número de licencia _____

Firma del profesional de atención médica _____

ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE OKLAHOMA



ACTUALIZADO ABRIL 2024

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

(Para ser conservado por la escuela miembro junto con el historial y los formularios de consentimiento de los padres)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____

La información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Por la presente doy mi consentimiento informado para que el estudiante antes mencionado participe en las actividades. Entiendo el riesgo de lesión con la participación. Si mi hijo/hija se enferma o se lesiona, médicos, entrenadores, entrenadores deportivos u otro personal debidamente capacitado pueden brindarle la atención médica necesaria. Además, reconozco y consiento que, como condición para participar en actividades, la información de identificación sobre el estudiante mencionado anteriormente puede ser divulgada a OSSAA en relación con cualquier investigación o consulta relacionada con la elegibilidad del estudiante para participar en/o cualquier posible violación de las reglas de OSSAA. OSSAA tomará medidas razonables para mantener la confidencialidad de dicha información de identificación, siempre que dicha información no haya sido divulgada públicamente de alguna manera.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____