

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

2024

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** *cada año* para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Teléfono: _____

Médico personal _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año? ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas? ¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio? ¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:		
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ Cabeza	□ Codo	□ Pie
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ Cuello	□ Antebrazo	□ Muslo
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____			□ Espalda	□ Muñeca	□ Rodilla
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____			□ Pecho	□ Mano	□ Tobillo
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)			□ Hombro	□ Canilla/Pantorrilla	□ Dedo
¿Alguna vez ha convulsionado?			□ Brazo		
5. ¿Le falta algún órgano par?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.</p> <p>Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.</p> <p>Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifiesta alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.</p>					
<p>Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.</p>					
Firma del alumno:		Firma del padre o tutor:		Fecha:	
<p>Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN</p>					

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____ Firma: _____

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

--

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ PA: _____ / _____ (_____ / _____, _____ / _____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida: Sí No Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, *debe* completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. * *La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
Estígmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

Autorizado
 Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____

No autorizado para: _____ Razón: _____
 Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.