



**Completar la evaluación física de preparación previa es un requisito para la participación de los estudiantes-deportistas en el atletismo inter escolar. La falsificación de información, la falsificación de firmas o la tergiversación de la aptitud física de un estudiante comprometen la salud y la seguridad del estudiante y pueden dar lugar a sanciones impuestas por la agencia educativa local, incluida la posible determinación de inelegibilidad.**

**PARTE II- HISTORIAL MÉDICO (Explique las respuestas marcadas como "Sí" a continuación) Nombre:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

Se debe completar y firmar este formulario, antes de la evaluación física, para su revisión por el médico examinador.  
**Explique las respuestas marcadas como "Sí" a continuación con el número de la pregunta.** Marque con un círculo las preguntas para las que no tiene respuesta.

HISTORIAL MÉDICO GENERAL	SÍ	NO	PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación que quiera comentarle a su proveedor médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Ha tenido mononucleosis en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le ha negado o restringido alguna vez un proveedor médico su participación en deportes por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo u otro órgano interno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema de salud? En caso afirmativo, identifíquelos: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones. <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Tiene dolor en la ingle o los testículos o un bulto doloroso o hernia en la zona de la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Toma algún medicamento o suplemento a diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Se ha enfermado alguna vez mientras hacía ejercicio con calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene alergia a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Cuando hace ejercicio con calor, ¿sufre fuertes calambres musculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, como herpes o resistencia a la metilina Staphylococcus aureus (SARM)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha pasado alguna noche en el hospital? En caso afirmativo ¿por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas <u>DESPUÉS de sufrir un golpe o una caída?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha operado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? ¿Alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	32. ¿Ha tenido algún otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o un traumatismo craneal que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Usa gafas o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le ha pedido alguna vez un médico que se haga una prueba del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía o ecocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Usa gafas de protección como gafas de seguridad o una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema de corazón? incluyendo: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Le preocupa su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Se mareo o le falta el aire más de lo normal que a sus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Le han diagnosticado alguna vez un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	40. ¿Alergia a los alimentos o a los insectos que pican?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguien de su familia tiene problemas de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Alguna vez le han diagnosticado COVID-19? Fecha: _____		
17. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años de edad (incluido ahogamiento o accidente de coche inexplicable)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Cuál es la fecha de su última vacuna Tdap o Td (tétanos)?(círcule el tipo) Fecha : _____		
18. ¿Algún miembro de su familia padece algún 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 (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO PARA MUJERES</b>		
			45. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			46. Edad a la que tuvo su primera menstruación: _____		
			47. Número de periodos en los últimos 12 meses: _____		
			48. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____		
			<b>EXPLIQUE LAS RESPUESTAS MARCADAS CON "SÍ" A CONTINUACIÓN e indique el número que está aclarando/explicando</b>		
			• _____		
			• _____		
			• _____		

→ Firma de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ → Firma del deportista: \_\_\_\_\_

19. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un implante de desfibrilador antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
20. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse una práctica o partido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
21. ¿Tiene actualmente alguna lesión ósea, muscular o articular que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Enumere aquí los medicamentos y suplementos nutricionales que toma actualmente:</b>
22. ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Tiene asma o utiliza medicamentos para el asma (inhalador, nebulizador)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PARTE III- EVALUACIÓN FÍSICA**

(La evaluación física previa a la participación no puede ser completada/firmada por un padre/tutor aunque sea un profesional de la salud con licencia)

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

Altura		Peso		Sexo asignado al nacer	
Presión arterial	Frecuencia respiratoria	Pulso en reposo	Visión Derecho 20/	Izquierdo 20/	Corregido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Población pediátrica &gt; 13 años y mayores dentro de límites normales = PA (F) 102-121/64-79 mmHg PA (M) 102-124/64-80 mmHg</b>					
<b>FR 12-20 respiraciones por minuto Pulso 55-90 lpm</b>					
<b>MÉDICO</b>			<b>NORMAL</b>	<b>HALLAZGOS ANORMALES</b>	
Apariencia (estigmas de Marfan: cifoescoliosis, paladar arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral e insuficiencia aórtica)					
Ojos/oídos/nariz/garganta (Pupilas iguales, audición)					
Cuello:ganglios linfáticos, agrandamiento de la tiroides					
Corazón (soplos: auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)					
Pulsos (radial, femoral, pedal)					
Pulmones					
Abdomen					
Piel (virus del herpes simple, lesiones sugestivas de SARM o tiña corporal)					
Neurológico (nervio craneal y marcha)					
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>			<b>NORMAL</b>	<b>HALLAZGOS ANORMALES</b>	
Cuello					
Espalda					
Hombro/brazo					
Codo/antebrazo					
Muñeca/mano/dedos					
Cadera/muslo					
Rodilla					
Pierna/tobillo					
Pie/dedos de los pies					
Funcional (por ejemplo, sentadilla doble pierna, sentadilla una pierna, prueba de caída desde caja o prueba de caída desde escalón)					
Considerar ECG, ecocardiograma y derivación a cardiología si el historial/examen cardiaco o los antecedentes familiares son anormales para tratar paros cardiacos súbitos y riesgo de muerte súbita cardiaca.					
Considerar la evaluación cognitiva o pruebas neuropsiquiátricas de referencia si existen antecedentes de conmoción cerebral previa significativa.					
Medicamentos de emergencia necesarios en el lugar: <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Glucagón <input type="checkbox"/> Otros:					
COMENTARIOS:					

He revisado los datos anteriores, revisado el formulario del historial médico del estudiante y hago las siguientes recomendaciones para la participación de los estudiantes en el atletismo:

El profesional de la salud ha realizado y revisado un examen de salud mental con el deportista.

ELEGIBLE MÉDICAMENTE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIONES

MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA TODOS LOS DEPORTES SIN RESTRICCIÓN CON RECOMENDACIÓN DE EVALUACIÓN O TRATAMIENTO ADICIONAL DE:

ELEGIBLE MÉDICAMENTE SOLO PARA LOS SIGUIENTES DEPORTES: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

**NO** ELEGIBLE MÉDICAMENTE PARA NINGÚN DEPORTE

Con esta firma, doy fe de que he examinado al estudiante arriba mencionado y he completado esta evaluación física previa a la participación, incluyendo una revisión del historial médico.

→ FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO: \_\_\_\_\_ (MD, DO, NP o PA) + FECHA\*\*:

NOMBRE Y TÍTULO DEL EXAMINADOR (EN LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**Sello de consultorio médico:**

+Sólo se aceptará la firma de Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermero Practicante o Asistente Médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

**PARTE IV- FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA\* (A rellenar y firmar por padre/madre/tutor)**

**Escriba en letra de imprenta**

NOMBRE DE estudiante: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DEPORTE(S): \_\_\_\_\_

Enumere cualquier problema de salud importante que pueda ser significativo para un médico que evalúe a su hijo **en caso de emergencia:**

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, ETC:

¿SE LE HA RECETADO ACTUALMENTE AL estudiante UN INHALADOR? (marque solo uno) SÍ NO

¿TIENE EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE PRESCRITO UN EPI-PEN? (marque uno) SÍ NO

**Nombre del contacto principal:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE HORAS DE OFICINA (DONDE LOCALIZARLE EN CASO DE EMERGENCIA) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO (DÓNDE LOCALIZARLE EN CASO DE URGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto secundario:** \_\_\_\_\_ **Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE HORAS DE OFICINA (DONDE LOCALIZARLE EN CASO DE EMERGENCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO (DONDE LOCALIZARLE EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

→ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA: \_\_\_\_\_

**Firma de padre/madre/tutor**

Fecha: \_\_\_\_\_ **NOMBRE DE PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA)** \_\_\_\_\_

La evaluación física previa a la participación no sustituye a una evaluación anual completa realizada por el médico de cabecera del estudiante.