

# GARLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Evaluación física previo a participación - Historial médico

Para que un alumno pueda participar en actividades deportivas, un padre (o tutor) y alumno deberán completar este FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO cada año. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el alumno ha desarrollado alguna condición que presentaría un peligro si participa el alumno en un evento atlético.

Nombre del alumno: (en letra de molde)		Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
Domicilio		Teléfono		
Grado	Escuela			
Médico personal		Teléfono		
En caso de emergencia, comuníquese con:				
Nombre		Parentesco	Teléfono (Casa)	(Trabajo)

**En la casilla de abajo, favor de explicar cualquier respuesta de "Si"\*\*. Pon un círculo a las preguntas a las que desconoce la respuesta. La respuesta "Si" a cualquiera de las preguntas 1, 2, 4, 5, ó 6, requiere una evaluación médica adicional, que podría incluir un examen físico. Se requiere autorización escrita de un médico, auxiliar médico, quiropráctico, o enfermera "practitioner" antes de participar en los entrenamientos, partidos o torneos de la UIL.**

		Si	No			Si	No
1. Desde tu última revisión médica o examen deportivo, ¿has sufrida una enfermedad médica o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13. ¿Alguna vez te ha faltado el aliento repentinamente al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Durante el año pasado, ¿has estado hospitalizado pasando una noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tienes asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez te han practicado cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tienes alergias de temporada, que requieren de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Alguna vez te has desmayado durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14. ¿Usas algún equipo especial de protección o corrección, o aparatos que no se acostumbra usar en tu deporte o tu puesto (como aparatos ortopédicos, protección para el cuello, soportes ortopédicos para los pies, frenos dentales, audífono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez has sufrido dolor del pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15. ¿Alguna vez has sufrido un esguince, torcedura, o inflamación después de lastimarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Te cansas más pronto que tus amigos cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez tu corazón ha latido aceleradamente o saltado un latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Has tenido algún otro problema de dolor o inflamación de los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Has tenido alta presión arterial o un alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		De ser así, marca la casilla correspondiente y explica en el espacio de abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera	
¿Algún miembro de tu familia o pariente ha fallecido por problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada, antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo	
¿Algún miembro de tu familia ha sido diagnosticado de cardiomiopatía dilatada, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT prolongado, u otra canalopatía de iones (síndrome de Brugada, etc.) síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodillo	
Durante el mes pasado, ¿has sufrido una infección viral grave (como miocarditis o mononucleosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Canilla / Pantorrilla	
¿Un médico alguna vez te ha negado o ha limitado tu participación en los deportes por algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo de la mano	<input type="checkbox"/> Pie	
4. ¿Alguna vez has sufrido una lesión a la cabeza o conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16. ¿Quieres subir o bajar de tu peso actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez te han dejado sin sentido o has perdido el conocimiento o la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de peso de tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De ser así, ¿cuántas veces? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuándo fue tu última conmoción cerebral? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		18. ¿Alguna vez te han diagnosticado de, o tratado por, célula falciforme, o anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuán grave fue cada ocasión? (explica en la parte a continuación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Solo para las mujeres:</b>			
¿Alguna vez has sufrido un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19. ¿Cuándo tuviste tu primera regla (menstruación)?			
¿Sufres dolores de cabeza fuertes o frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuándo fue tu regla más reciente?			
¿Algunas ves has tenido hormigueo o adormecimiento de los brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Normalmente, ¿cuánto tiempo pasa entre el principio de una regla hasta el principio de la siguiente?			
¿Alguna vez tenido un dolor punzante, o ardor, o un has sentido aguijón, ardor o pinzamiento de en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuántas reglas has tenido en el último año?			
5. ¿Te falta alguno de los órganos pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		En el último año, ¿qué fue el tiempo más largo que pasó entre una regla y otra?			
6. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si la persona contesta afirmativamente alguna de las preguntas relacionadas con un posible problema cardiovascular (pregunta número tres), como se indica en el formulario, se limitará su participación hasta no someterse a una evaluación y recibir la autorización de un doctor, auxiliar médico, quiropráctico o enfermera "practitioner".			
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas, o usando inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>**FAVOR DE EXPLICAR EN LA CASILLA DE ABAJO LAS RESPUESTAS DE "SI" (adjunta otra hoja, de necesitarse):</b>			
8. ¿Tienes alguna alergia (como al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<div style="text-align: center; margin-top: 40px;"> <hr style="width: 80%; border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <hr style="width: 80%; border: 0; border-top: 1px solid black;"/> </div>			
9. ¿Alguna vez te has mareado durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10. ¿Tienes actualmente algún problema de la piel (como comezón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. ¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Se entiende que, aún si el atleta utiliza equipo de protección cuando quiera sea necesario, todavía existe la posibilidad de un accidente. En el caso de un accidente, ni la University Interscholastic League ni la escuela asume responsabilidad alguna.

En el caso de que, a criterio de algún representante de la escuela, el alumno mencionado anteriormente necesita de atención y tratamiento inmediato como resultado de una lesión o enfermedad, solicito, autorizo y doy consentimiento a la atención y tratamiento de dicho alumno por cualquier médico, entrenador deportivo, enfermera o representante escolar. Acepto por la presente mantener indemne y eximir de responsabilidad a la escuela y a cualquier representante de la escuela o del hospital contra cualquier reclamación hecha por cualquier persona por motivo de la mencionada atención y tratamiento de dicho alumno.

En el caso de que, entre esta fecha y el comienzo de la competición deportiva, ocurre alguna enfermedad o lesión que puede limitar la participación de este alumno, acepto informar a los funcionarios escolares sobre la enfermedad o lesión.

Declaro por la presente que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y verdaderas. La falta de responder de manera honesta podría resultar en la imposición al alumno mencionado de sanciones determinadas por la UIL.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se deberá presentar este formulario antes de participar en cualquier entrenamiento, escaramuza, o torneo realizado antes, durante, o después de clases.

*For School Use Only:*

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

--

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- PHYSICAL EXAMINATION**

Student's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ % Body fat (optional) \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_)  
brachial blood pressure while sitting

Vision R 20/\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_ Corrected: Y N Pupils: Equal Unequal

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high athletic participation and again prior to first and third years of high school athletic participation. It **must** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side. **\* Local district policy may require an annual physical exam.**

**NORMAL**

**ABNORMAL FINDINGS**

**INITIALS\***

<b>MEDICAL</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ABNORMAL FINDINGS</b>	<b>INITIALS*</b>
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

**MUSCULOSKELETAL**

Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

\*station-based examination only

**CLEARANCE**

- Cleared
- Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_

Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

*The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.*

Name (print/type) \_\_\_\_\_ Date of Examination: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.