

**FORMA DEL EXAMEN DEPORTIVO FÍSICO****PARTE 1 (PARA SER LLENADO POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL)**

APELLIDO		NOMBRE		GRADO
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DEL OTOÑO	DEPORTE DEL INVIERNO	DEPORTE DE LA PRIMAVERA	NUMERO ID DEL ESTUDIANTE

PART 1 – HISTORIAL DE SALUD (Debe ser llenado por el Padre/Guardián antes del examen)

	SÍ	No	Ha tenido el estudiante esto:		SÍ	No	
1.	☐	☐	¿Enfermedad crónica o repetida?	16.	☐	☐	¿Lesiones requiriendo tratamiento o cuidado médico?
2.	☐	☐	¿Enfermedad durando más de 1 semana?	17.	☐	☐	¿Dolor o lesión al cuello o espalda?
3.	☐	☐	¿Hospitalizaciones o surgidas?	18.	☐	☐	¿Lesión o dolor en la rodilla?
4.	☐	☐	¿Condición nerviosa, psiquiátrica o neurológica?	19.	☐	☐	¿Lesión o dolor en los hombros o codos?
5.	☐	☐	¿Pérdida del funcionamiento de órganos (ojo, riñón hígado, testículos) o glándulas?	20.	☐	☐	¿Lesión o dolor en los tobillos?
6.	☐	☐	¿Alergias (medicinas, picadura de insectos, comida)?	21.	☐	☐	¿Otra lesión o dolor en las coyunturas?
7.	☐	☐	¿Problemas del corazón o presión sanguínea?	22.	☐	☐	¿Huesos quebrados (fracturas)?
8.	☐	☐	¿Dolor del pecho o falta significativa de aire al respirar durante o después del ejercicio?	23.	☐	☐	Actualmente tiene su estudiante esto:
9.	☐	☐	¿Mareos o desmayos con el ejercicio?	24.	☐	☐	¿Usa anteojos o lentes de contacto?
10.	☐	☐	¿Desmayos, dolor de cabeza o convulsiones?	25.	☐	☐	¿Usa puentes, abrazaderas o placas dentales?
11.	☐	☐	¿Concusión potencial o pérdida del conocimiento?	26.	☐	☐	¿Toma alguna medicina? (Liste enseguida):
12.	☐	☐	¿Agotamiento por el calor, insolación u otros problemas manejando o respondiendo al calor?	27.	☐	☐	Más Historial:
13.	☐	☐	¿Latidos del corazón rápidos o irregulares, o soplo cardíaco?	28.	☐	☐	¿Defectos del nacimiento (corregidos o no)?
14.	☐	☐	¿Convulsiones o desordenes de convulsión?	29.	☐	☐	¿Muerte del padre o abuelo menor de 40 años de edad debido a una condición médica?
15.	☐	☐	¿Calambres de los músculos severos o repetitivos?				¿Padre o abuelo menor de 50 años de edad requiriendo tratamiento para la condición del corazón?
							¿Ha sido visto por un doctor de emergencia o de urgencia en los últimos 12 meses?

Fecha de la última vacuna del tétanos: _____ Fecha del último examen físico: _____

Explique todas las respuestas "Sí". Describa cualquier hecho que deba ser discutido antes del examen (Use la parte posterior de la forma si lo necesita):

AUTHORIZACIÓN: Yo autorizo al proveedor de atención médica a realizar un examen físico deportivo del estudiante. La información descrita anteriormente es completa y correcta. Actualmente no sé de ninguna razón por la cual el estudiante no pueda participar plena y seguramente en los deportes mencionados. Para Exámenes Físicos Deportivos que pueden ser realizadas por voluntarios del Distrito, yo entiendo que el examen es una prueba solamente y que debo tratar todas las inquietudes sobre el cuidado de la salud con el médico personal del estudiante o proveedor de atención médica.

LETRA IMPRESA DEL PADRE/GUARDIÁN	FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN		
DOMICILIO	TELÉFONO DEL EMPLEO	TELÉFONO DEL HOGAR	FECHA
NOMBRE DEL DOCTOR REGULAR	TELÉFONO DE LA OFICINA	PROVEEDOR CLÍNICO U ORGANIZACIÓN	

PART 2 – MEDICAL EVALUATION (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER)

This Evaluation Can Only be Performed by Medical Doctors (MDs), Doctors of Osteopathy (DOs), Physician's Assistants (P.A.s), and Nurse Practitioners (N.P.s)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	(May be contained on Provider's Form)
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height: _____ Weight: _____
Heart, lungs, pulmonary function			Pulse: _____ After Ex: _____
Abdomen, genital/hernia (males)			BP: _____
Skin and Musculoskeletal:			Recommendation:
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			☐ Unlimited participation
b. Arms/Hands/Fingers			☐ Limited participation/specific sports, events or activities
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			☐ Clearance withheld pending further testing/evaluation
d. Feet/Ankles			☐ No athletic participation
Neurologic Screening Exam (NSE)/			One of the above MUST be checked.
Concussion Screening Evaluation (only if needed based on above info.)			
Comments:			PHYSICIAN STAMP
PRINT NAME OF PHYSICIAN	PHYSICIAN'S SIGNATURE		DATE