

# ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Nombre del estudiante atleta: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

***Esta es una evaluación para la participación en deportes. No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.***

**Instrucciones para el deportista:** Por favor, revise todas las preguntas junto con su padre/madre/tutor legal y contéstelas lo mejor posible de acuerdo a su conocimiento.

**Instrucciones para los padres de familia:** Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

**Instrucciones para el médico:** Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar todas las respuestas que tiene como respuesta "Sí" o "Inseguro"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí" o "Inseguro"	Sí	No	Inseguro
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Pantorrilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El deportista ha tenido un problema de salud o se ha lastimado desde su última evaluación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. (Coloque una marca al lado de cada enunciado que corresponda al deportista, provea más detalles en el espacio provisto a continuación). <input type="checkbox"/> ¿El deportista ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? <input type="checkbox"/> ¿El deportista se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas? <input type="checkbox"/> ¿El deportista se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> ¿El deportista ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?			
<b>HISTORIA FAMILIAR</b>			
24. ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años (incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés), accidente de coche, ahogo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rev: marzo de 2018

Página 1 de 3

Aprobado para el año escolar 2018-2019

## ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí" o "Inseguro": \_\_\_\_\_

*Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.*

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° telefónico: \_\_\_\_\_

Firma del deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia\*\*\*

Student-Athlete's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ % ile) Pulse: \_\_\_\_\_

Vision: R 20/\_\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_\_ Corrected: Y N

***Physical Examination (Below Must be Completed by Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)***

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

**Optional Examination Elements – Should be done if history indicates**

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

**Clearance:**

- ☐ A. Cleared
- ☐ B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_
- ☐ \*\*\* C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: \_\_\_\_\_)
- ☐ D. Not cleared for: ☐ Collision ☐ Contact  
☐ Non-contact \_\_\_\_\_ Strenuous \_\_\_\_\_ Moderately strenuous \_\_\_\_\_ Non-strenuous

Due to: \_\_\_\_\_

Additional Recommendations/Rehab Instructions: \_\_\_\_\_

Name of Physician/Extender: \_\_\_\_\_ (Please print)

Signature of Physician/Extender: \_\_\_\_\_ MD DO PA NP (Please circle)

(Both signature and circle of designated degree required)

Date of Examination: \_\_\_\_\_

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

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

Physician Office Stamp

(\*\*\* The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)