

**Las páginas 1-3 deben ser
completadas y firmadas por
un parent o tutor**

**Las páginas 4-5 deben ser
completadas y firmadas por
el médico de su hijo**

**Devuelva todos los
documentos completados y
firmados a la oficina de
salud**

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo _____

Edad _____

Grado _____

Escuela _____

Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergías Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.

Medicamentos

Polen

Comida

Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?			
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identificala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____			
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?			
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DETU CORAZÓN		Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez ó casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?			
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?			
8. ¿Te han dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____			
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?			
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?			
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DETU FAMILIA		Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?			
14. ¿Sufrió alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?			
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ahogado?			
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?			
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?			
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabilla, un yeso, o muletas?			
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?			
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?			
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?			
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?			
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			

(Por favor, continúa)

PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?			
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?			
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?			
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
31. ¿Has tenido mononúcleosis (mono) infecciosa en el último mes?			
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?			
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?			
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?			
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?			
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?			
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?			
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?			
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?			
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?			
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?			
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depranocítico o la enfermedad drepanocítica?			
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?			
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?			
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?			
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?			
47. ¿Te preocupa tú peso?			
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?			
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?			
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?			
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?			

SÓLO PARA MUJERES		Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?			
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?			
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?			

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí".

Yo por la presente declaro que, según mi más feal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

Estado de Nueva Jersey
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

FORMULARIO DE SALUD - HISTORIAL MEDICO ACTUALIZADO

Nombre de la Escuela _____

Para participar en un equipo deportivo interescolar o interno patrocinados por la escuela, cada alumno cuyo examen físico se completó a más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un formulario de salud actualizado, completado y firmado por el padre o guardián/tutor del alumno.

Estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, su hijo / hija:

1. ¿Ha sido recomendado por un médico o aconsejado en no participar en un deporte? Si _____ No _____

Si es así, describa en detalle la razón por la cual no puede participar en el deporte: _____

2. ¿Tuvo una conmoción cerebral, perdió el conocimiento o perdió la memoria de un golpe en la cabeza? Si _____ No _____

En caso afirmativo, explíquelo en detalle lo sucedido: _____

3. ¿Se rompió un hueso o sufrió un esguince o dislocación de algún músculo o articulación? Si _____ No _____

Si es así, describa en detalle: _____

4. ¿Se ha desmayado o "perdió el conocimiento"? Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿fue esto durante o inmediatamente después de hacer ejercicio?

5. ¿Ha tenido dolores en el pecho, dificultad para respirar o "palpitación acelerada del corazón"? Si _____ No _____

En caso afirmativo explicar en detalle: _____

6. ¿Ha tenido últimamente cansancio o fatiga inusual? Si _____ No _____

7. ¿Ha estado hospitalizado o tuvo que ir a la sala de emergencias? Si _____ No _____

En caso afirmativo, explíquelo en detalle: _____

8. Desde el último examen físico, ha habido una muerte súbita en la familia o tiene algún miembro de la familia menor de 50 años tuvieron un ataque cardíaco o "un problema cardíaco"? Si _____ No _____

9. ¿Su hijo/hija comenzó o dejó de tomar medicamentos recetados por el médico o sin receta médica? Si _____ No _____

En caso afirmativo, por favor indique el nombre de los medicamentos: _____

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

**POR FAVOR, DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA
DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA.**

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practice nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICAL NEEDS/ISSUES

1. Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		Weight	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Vision R 20/	L 20/	Corrected	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	ABNORMAL FINDINGS
Height	BP / (/)							
MEDICAL				NORMAL				
Appearance		<ul style="list-style-type: none"> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperextensibility, myopia, MVP, aortic insufficiency) 						
Eyes/ears/nose/throat		<ul style="list-style-type: none"> • Pupils equal • Hearing 						
Lymph nodes								
Heart *		<ul style="list-style-type: none"> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI) 						
Pulses		<ul style="list-style-type: none"> • Simultaneous femoral and radial pulses 						
Lungs								
Abdomen								
Genitourinary (males only)*								
Skin		<ul style="list-style-type: none"> • HSV lesions suggestive of MRSA, tinea corporis 						
Neurologic*								
MUSCULOSKELETAL								
Neck								
Back								
Shoulder/arm								
Elbow/forearm								
Wrist/hand/fingers								
Hip/high								
Knee								
Leg/ankle								
Foot/toes								
Functional		<ul style="list-style-type: none"> • Duck-walk, single leg hop 						

*Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

*Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

*Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date of exam _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____ (Date) _____

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____