

# Formulario de Padres

## Información de Emergencia del Atleta

Deporte(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

No. de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ No. de tel. celular: \_\_\_\_\_

Nombre de persona de contacto (aparte del padre de familia): \_\_\_\_\_

No. de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ No. de tel. celular: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza/miembro: \_\_\_\_\_

Encierre con un círculo todas las que correspondan: Diabetes    Convulsiones    Asma    Condición cardíaca    Alergias

Medicamento que actualmente esté tomando: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

En caso de una lesión seria que requiera atención médica inmediata los empleados del distrito escolar están autorizados para dar los primeros auxilios y obtener tratamiento o cuidado de emergencia en un hospital.

Firma del padre de familia o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Para ser completado por la **Enfermera Escolar** solamente

He recibido la **AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO Y UN INFORME FÍSICO**: \_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deporte: \_\_\_\_\_ Fecha del examen físico: \_\_\_\_\_

*HISTORIAL DE EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN*

Este formulario debe ser retirado del manual, llenado, y regresado al entrenador antes de que se pueda emitir autorización atlética/grupo de espíritu.

Fecha del Examen Físico \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Médico personal \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas de "Sí" en la sección al pie de la página. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe las respuestas**

		S	N			S	N
1. ¿Alguna vez algún doctor le ha negado o restringido su participación en los deportes por alguna razón?				26. ¿Alguna vez ha utilizado o tomado medicamento para el asma?			
2. ¿Tiene alguna enfermedad (como diabetes o asma)?				27. ¿Nació sin o le hace falta un riñón, un ojo, un testículo, o cualquier otro órgano?			
3. ¿En este momento está tomando algún medicamento o pastillas recetadas o sin receta médica?				28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?			
4. ¿Tiene alergia a algún medicamento, polen, comida o picazón de insectos?				29. ¿Tiene sarpullido, llagas, u otros problemas de la piel?			
5. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento o casi se desmaya MIENTRAS hace ejercicio?				30. ¿Alguna vez lo han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?			
6. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento o casi se desmaya DESPUÉS de hacer ejercicio?				31. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?			
7. ¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor o presión en el pecho mientras hace ejercicio?				32. ¿Alguna vez lo han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?			
8. ¿Late rápido o tiene latidos irregulares en el corazón mientras hace ejercicio?				33. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?			
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene: ___Presión arterial elevada?				34. ¿Le dan dolores de cabeza cuando hace ejercicio?			
10. ¿Alguna vez ha ordenado un médico estudios de su corazón?				35. ¿Alguna vez se le han entumido, ha sentido hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después que se golpeó o cayó?			
11. ¿Alguien de su familia se ha muerto sin motivo aparente?				36. ¿Alguna vez no ha podido mover sus brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?			
12. ¿Alguien de su familia sufre de enfermedades del corazón?				37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene severos calambres musculares o se siente mal?			
13. ¿Ha muerto algún miembro de la familia o pariente de alguna enfermedad del corazón o repentinamente antes de los 50 años de edad?				38. ¿Algún doctor le ha dicho que usted o alguien de su familia tiene un fenotipo de anemia de células falciformes o enfermedad drepanocítica?			
14. ¿Alguien de la familia tiene el síndrome de Marfan?				39. ¿Alguna vez ha tenido problemas con sus ojos o vista?			
15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?				40. ¿Usa anteojos regulares o lentes de contacto?			
16. ¿Alguna vez lo han operado?				41. ¿Usa lentes protectores, tales como gafas protectoras o máscara protectora?			
17. ¿Alguna vez ha tenido una herida/lesión, como esguince, desgarre muscular o de ligamento, o tendinitis que causó que perdiera un juego de práctica o partido?				42. ¿Está feliz con su peso?			
18. ¿Alguna vez se ha roto, fracturado un hueso o dislocado una articulación?				43. ¿Está tratando de subir o bajar de peso?			
19. ¿Ha tenido una lesión de huesos o articulaciones que requirió radiografía, MRI (Resonancia Magnética), CT (tomografía computarizada), operación, inyecciones, rehabilitación, terapia física, aparatos ortopédicos, yeso, muletas?				44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de comer?			
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?				45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?			
21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o tiene que tener una radiografía de inestabilidad atlantoaxial (del cuello)?				46. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con un médico?			
22. ¿Usa con regularidad un aparato ortopédico o auxiliar?				<b>MUJERES SOLAMENTE</b>			
23. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?				47. ¿Alguna vez ha tenido una menstruación?			
24. ¿Tiene tos, resaca o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?				48. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación?			
25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?				49. ¿Cuántas veces menstruo en los últimos 12 meses?			

**Explique las respuestas de "Sí" (S) aquí:**

Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y correctas.

Firma del Atleta/Miembro del Grupo de Espíritu \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre de familia/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO DE PARTICIPACIÓN**

Este formulario debe ser **completado (todas las áreas) firmado y regresado a la enfermera escolar** antes de que se pueda otorgar permiso atlético/grupo de espíritu. Los exámenes físicos serán archivados en el archivo de salud del estudiante en la oficina de salud de la escuela.

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_  
**Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ **% Grasa Corporal (opcional)** \_\_\_\_\_ **Pulso** \_\_\_\_\_ **Presión Sanguínea** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Visión: Ojo Derecho** 20/\_\_\_\_ **Izquierdo** 20/\_\_\_\_ **Corregida: S N** **Pupilas: Iguales Desiguales** **Audición** \_\_\_\_\_

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
<b>MÉDICO</b>			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Audición			
Ganglios linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Palpitaciones			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (hombres solamente)+			
Piel			
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/Dedos (del pie)			

\* Configuración de Múltiples Examinadores solamente. +Tener a una tercera persona presente es recomendado para un examen genitourinario.

Notas: \_\_\_\_\_

**A este atleta se le:**

- Permiten **TODOS LOS DEPORTES** sin restricciones
- Permiten ciertos deportes sin restricciones (Lista de deportes) \_\_\_\_\_
- Permiten los deportes, con recomendaciones para más evaluaciones o tratamiento de: \_\_\_\_\_
- No se le permiten los deportes – Razón \_\_\_\_\_

Encierre con un círculo todas las que correspondan: Diabetes Convulsiones Asma Condición Cardíaca Alergias  
 Lista de alergias: \_\_\_\_\_ Fecha del examen físico \_\_\_\_\_  
 Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (Escribir en letra de molde/a máquina), \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

He completado la Evaluación Física de Participación y revisado la Evaluación Física Previa a la Participación

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

**Domicilio/Sello de la instalación (el examen físico no se aceptará sin el sello)**

Una vacuna de refuerzo del tétano/difteria se recomienda 10 años después de la fecha inicial de la primera serie. **Fecha del Tdap** \_\_\_\_\_