

# Formulario para Padres de Familia

## Información del atleta para casos de emergencia

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de persona a contactar en caso de una emergencia (aparte del padre de familia): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza/ Número de membresía: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo todas las que correspondan: Diabetes Convulsiones Asma Problema del corazón Alergias

Medicamentos que actualmente está tomando: \_\_\_\_\_

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

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

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

-----  
Esta sección la debe llenar la **Enfermera Escolar únicamente**

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

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

-----

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

**HISTORIAL DE EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN**

Fecha del Examen Físico \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Si contesta que "Sí" (S), explique sus respuestas en la parte inferior del formulario. Si no sabe la respuesta, encierre la pregunta en un círculo.

Sí No

Sí

No

1. ¿Alguna vez, por alguna razón, algún médico negó o restringió tu participación en algún deporte?		26. ¿Alguna vez has utilizado o tomado medicamento para el asma?		
2. ¿Padeces alguna enfermedad (como diabetes o asma)?		27. ¿Naciste sin un riñón o te hace falta un riñón, un ojo, un testículo, o algún otro órgano?		
3. ¿En la actualidad, estás tomando algún medicamento o pastillas recetadas o sin receta médica (medicamentos que puedes comprar sin receta médica)?		28. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
4. ¿Eres alérgico a algún tipo de medicamento, polen, comida o picazón de insectos?		29. ¿Tienes sarpullido, llagas u otros problemas de la piel?		
5. ¿Alguna vez te desmayaste o estuviste a punto de desmayarte durante un ejercicio?		30. ¿Has tenido infección de la piel por herpes?		
6. ¿Alguna vez te desmayaste o estuviste a punto de desmayarte después de realizar un ejercicio?		31. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?		
7. ¿Alguna vez sentiste molestia, dolor o presión en el pecho al realizar un ejercicio?		32. ¿Alguna vez te han golpeado la cabeza y te has sentido confundido o has perdido la memoria?		
8. ¿Tu corazón acelera o se salta latidos al realizar un ejercicio?		33. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
9. ¿Alguna vez un médico dijo que tienes presión arterial elevada?		34. ¿Te dan dolores de cabeza cuando haces ejercicios?		
10. ¿Alguna vez un médico ordenó un estudio de tu corazón?		35. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después recibir un golpe o después de una caída?		
11. ¿Alguien en tu familia ha muerto sin motivo alguno?		36. ¿Alguna vez te has sentido incapaz de mover tus brazos o piernas después de recibir un golpe o después de una caída?		
12. ¿Alguien en tu familia tiene algún problema del corazón?		37. Cuando haces ejercicios en el calor, ¿sientes calambres musculares graves o te enfermas?		
13. ¿Algún familiar o pariente murió a causa de algún problema del corazón o tuvo una muerte repentina antes de los 50 años de edad?		38. ¿Algún médico te ha dicho que tú o alguien en tu familia tiene rasgos de células falciformes o enfermedad de células falciformes?		
14. ¿Alguien en tu familia padece del síndrome de Marfan?		39. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu vista?		
15. ¿Alguna vez pasaste la noche en un hospital?		40. ¿Usas anteojos regulares o lentes de contacto?		
16. ¿Alguna vez te han operado?		41. ¿Usas lentes protectores, tales como gafas protectoras o máscaras protectoras?		
17. ¿Alguna vez tuviste una torcedura, desgarre muscular o de ligamento o tendinitis, lo cual te impidió participar en una actividad de práctica o juego?		42. ¿Estás contento con tu peso?		
18. ¿Alguna vez te quebraste o te fracturaste un hueso o te dislocaste una articulación?		43. ¿Estás tratando de subir o bajar de peso?		
19. ¿Has tenido alguna lesión en los huesos o en las articulaciones para lo cual necesitaste Rayos-X (Radiografías), MRI (Resonancia Magnética), CT (Tomografía Computarizada), operación, inyecciones, rehabilitación, terapia física, aparatos ortopédicos, yeso o muletas?		44. ¿Te han recomendado que cambies tu peso o tus hábitos de comer?		
20. ¿Alguna vez tuviste una fractura por estrés?		45. ¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?		
21. ¿Alguna vez te han dicho que necesitas o necesitabas Rayos-X debido a una inestabilidad atlantoaxial (del cuello)?		46. ¿Tienes alguna preocupación que te gustaría consultar con un médico?		
22. ¿Utilizas con regularidad algún soporte o dispositivo de apoyo?		<b>PARA MUJERES SOLAMENTE</b>		
23. ¿Alguna vez un médico dijo que padeces de asma o alergias?		47. ¿Alguna vez has tenido un período de menstruación?		
24. ¿Toses, resuellas fuerte o tienes dificultad para respirar?		48. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo de menstruación?		
25. ¿Alguien en tu familia padece de asma?		49. ¿Cuántos periodos de menstruación has tenido en los últimos 12 meses?		

Si contestó que "Sí" (S), explique sus respuestas aquí:

Por este medio declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del Atleta/Miembro del Grupo Espiritu \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

# FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO DE PARTICIPACIÓN - FORMULARIO DEL MÉDICO

Este formulario debe ser llenado (todas las áreas), firmado por un MD/DO/NP/PA, estampado con el sello de la agencia/oficina y entregado a la oficina de la enfermera escolar antes de que el grupo atlético/grupo espíritu pueda otorgar el permiso de participación.

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Deportes \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_  
**ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:** DIABETES CONVULSIONES ASMA PROBLEMAS DEL CORAZÓN

**FECHA DEL EXAMEN FÍSICO:** \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pulsaciones: \_\_\_\_\_ Presión Arterial (BP): \_\_\_\_\_

**Audición:**  Pasó, derecho/Izquierdo <25 dB's todas las frecuencias **Visión:** Ojo derecho 20/\_\_\_ Ojo Izq. 20/\_\_\_ Ambos 20/\_\_\_ ¿Visión corregida?: Sí No  
 No pasó  No se realizó examen

EXAMEN MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia general		
Ojos/oídos/nariz/garganta		
Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón		
Soplos		
Pulsaciones		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (hombres solamente)+		
Piel		
MUSCULO ESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda (incluido el examen de escoliosis)		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/Dedos (del pie)		

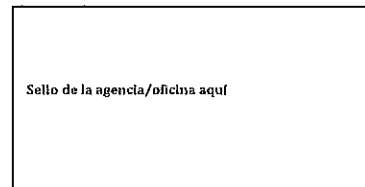
+Se recomienda la presencia de una tercera persona para el examen genitourinario.

Evaluación: \_\_\_\_\_

Autorizado para todos los deportes, sin restricciones

No está autorizado - Razón \_\_\_\_\_

Diferido - se requieren evaluaciones adicionales- Razón \_\_\_\_\_



Nombre del MD/DO/NP/PA \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD./DO/NP/PA

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

(Revisado 9/22)