

**ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE ESCUELAS DE SECUNDARIA
SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE**
**FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PRE-PARTICIPACION
EN LOS DEPORTES**

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Esta es una evaluación para la participación en los 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 lo que sabe.

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 entiendo o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. No divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

Instrucciones para los médicos: Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclare todas las respuestas que contesto con un "Si" o "No sé"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con un "Si."	Si	No	No se
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma de ejercicio), problemas con los riñones, etc.?			
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastilla?			
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)?			
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?			
5. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una herida en la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una concusión?			
6. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una herida en la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?			
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, por emoción o espanto?			
8. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUES de hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?			
10. ¿Alguna vez el deportista se ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o una tos con el ejercicio?			
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?			
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?			
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?			
14. ¿Alguna vez un medico ordeno un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?			

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con un "Si."	Si	No	No se
15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o un latido irregular del corazón?			
16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicable?			
17. ¿Alguna vez el deportista se ha tenido pinchado, quemado o lastimado un nervio?			
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?			
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?			
Cabeza Hombro Muslo Cuello Codo Rodilla Pecha Cadera Antebrazo Pantorrilla Espalda Muñeca Tobillo Mano Pie			
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?			
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?			
22. ¿El deportista ha tenido algún problema de salud desde su última evaluación?			
HISTORIA FAMILIAR			
23. ¿Algún miembro de la familia ha tenido una muerte repentina o inesperada antes de los 50 años [Incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés, accidente de coche, ahogarse]?			
24. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?			
25. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?			

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contesto con un "Si":

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: _____
 Firma del deportista: _____ Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

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

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

Athlete's Name _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ BP _____ (_____ % ile) / _____ (_____ % ile) Pulse _____

Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N

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: _____

Signature of Physician/Extender _____ MD DO PA NP

(Signature and circle of designated degree required)

Date of exam: _____

Address: _____

Phone _____

<p>Physician Office Stamp:</p>

(*** 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.)