EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuel .

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 11/26

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Información de Estudiante (a ser completada por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre completo del estudiante: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____ /_____ Escuela: _____ Grado en la escuela: Deporte(s): _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Numero de teléfono: (_) _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono celular de contacto de emergencia: (_____) ____ Teléfono del trabajo: (_____) _____Otro teléfono: (____) _____

Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (_____) _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

Recursos inmediatos de salud mental: Colorado Crisis https://coloradocrisisservices.org/ Llame / envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en vivo en 988Colorado.com.
Para obtener recursos adicionales de salud mental, visite https://chsaanow.com/sports/2021/7/22/smac.aspx

	PREGUNTAS GENERALES Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.	**Sí**	**No**
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?		
	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	**Sí**	**No**
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en ¿Tu pecho durante el ejercicio?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?		

	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA *(continuación)*	**Sí**	**No**
8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	**Sí**	**No**
11	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)		
12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuel .

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

2

Revisado 11/26

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento:____ /_____ /_____ ☐Masculino ☐Femenino

Escuela: _____

	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón?¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?		

	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?		
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro otro órgano?		
19	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa? ¿En la zona de la ingle?		
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?		
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?		

	PREGUNTAS MÉDICAS *(continuación)*	Sí	No
26	¿Te preocupa tu peso?		
27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		

Explique las respuestas afirmativas aquí:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: _____*(impreso)* Firma del estudiante-atleta: _____ Fecha:___/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____*(impreso)* Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/ ____/ ____

Nombre del Padre/Tutor: _____*(impreso)* Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/ ____/ ____

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuel .

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

3

Revisado 11/26

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

☐ Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. *(marque la casilla si está completa)*

EXAMEN				
Altura:	**Peso:**	☐ **Masculino**	☐ **Femenino**	
BP: / (/)	**Pulso:**	**Visión:** R 20/	L 20/	**Corregido:** Sí No

MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas de los ojos iguales • Oído		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo		
Neurológico		

MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____Fecha del examen:___/___/___

Dirección: _____Teléfono: ( ) _____Correo electrónico: _____

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) *impresa de manera legible*

Nombre completo del estudiante: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Edad: _____
Fecha de nacimiento: ____ /____ /_____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (__) _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: (_____) ____ Teléfono del trabajo: (_____) _____Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (_____) _____

☐ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones

☐ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

☐ Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

_____

☐ No es médicamente elegible para ningún deporte

_____

Recomendaciones: *(utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____Fecha del examen:__ /___ / _____
Dirección: _____Teléfono: ( ) _____
Firma del Profesional de la Salud: _____Credenciales: _____Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

Anote cualquier historial médico que sea relevante para la participación en deportes competitivos. *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

_____

_____

☐ Alergias/Anafilaxia ☐ Asma ☐ Cardíaco/Corazón ☐ Conmoción cerebral ☐ Diabetes ☐ Enfermedad por calor Historial ☐ quirúrgico ortopédico
☐ rasgo ☐ de células falciformes ☐ Salud mental ☐ N/A – No hay información médica relevante para divulgar

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Explicar:_____

_____

****Firma del alumno:** _____ **Fecha:** _____/_____/_____

****Firma del Padre/Tutor:**_____ **Fecha:** _____/_____/_____

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completes y firmado.

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.