

Este **FORMULARIO MÉDICO** debe ser llenado **anualmente** por el padre (o tutor legal) y el estudiante para que éste pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna **condición** que podría resultar peligrosa para participar en un evento.

Nombre del estudiante: (letra de molde)	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Código postal	Teléfono
Grado	Escuela		
Médico familiar			Teléfono
<i>En caso de emergencia, comuníquese con:</i>			
Nombre	Parentesco	Teléfono (C)	(T)

Explica las respuestas "Sí" en la casilla a continuación **. Encierra en un círculo las preguntas que no sepas la respuesta.

Número de Identificación estudiantil:

Responde todas las preguntas.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión médica desde el último chequeo o examen físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Alguna vez se ha quedado sin aire inesperadamente haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padeces de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre de alergias estacionales que requieren de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez te has sometido a una prueba cardíaca ordenada por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Utilizas algún equipo o dispositivo protector o correctivo especial que no se suele utilizar (por ejemplo, rodillera, enrollamiento especial para el cuello, ortesis para los pies, retenedor en los dientes, audífono)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Has sentido dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince, tensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has sufrido alguna fractura ósea o dislocación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sientes que se te acelera el corazón u omite algún latido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido presión arterial alta o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, marca el espacio en blanco apropiado y explica a continuación:		
¿Alguna vez te han dicho que padeces de un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o de muerte inesperada antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón? (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, Síndrome de QT largo u otra patología de canales iónicos (síndrome de Brugada, etc.), ¿síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla
¿Has tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
¿Te ha restringido un médico tus actividades físicas por cualquier problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brazo superior	<input type="checkbox"/> Pie	
4. ¿Has sufrido una lesión en la cabeza o una concusión cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres pesar más o menos que ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has desmayado o quedado inconsciente alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tu memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Te han diagnosticado o tratado por anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, ¿cuántas veces? _____			rasgo o enfermedad de células falciformes?		
¿Cuándo ocurrió la última concusión? _____			<i>Solo para las damas</i>		
¿Qué tan severo fue cada una? (Explica a continuación) _____			¿A qué edad tuviste tu primera menstruación? _____		
¿Alguna vez ha convulsionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo ocurrió tu periodo menstrual más reciente? _____		
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo suele tener desde el comienzo de un periodo hasta el comienzo de otro?		
¿Alguna vez has tenido adormecimiento u hormigueo en tus brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos periodos has tenido en el último año? _____		
5. ¿Alguna vez has tenido un nervio pillado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto fue lo más que se tardó en llegar tus menstruaciones el año pasado? _____		
6. ¿Te faltan órganos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Solo para los hombres</i>		
7. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Te esta's perdiendo un testículo? _____		
8. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o pastilla recetada o sin receta, o está usando un inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Tienes algún hinchazón o masas testiculares? _____		
9. ¿Tienes alguna alergia (por ejemplo, al polen, látex, medicamentos, alimentos o insectos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Te has mareado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Tiene algún problema de piel actual (por ejemplo, picazón, erupciones, comezón, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

No se requiere un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el examen cardíaco en la forma de conciencia cardíaca del UIL. Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi hijo/a para una evaluación cardíaca adicional. He leído y entiendo la información sobre la evaluación del ECG. Entiendo que es mi obligación de mi familia para programar y pagar por el examen del ECG.

EXPLICA LAS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (añade otra hoja si es necesario):

Se entiende que, aunque los atletas usen equipo de protección, siempre que lo necesiten, la posibilidad de que suceda un accidente aún permanece. Ni la Liga Inter escolar Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Si, a criterio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado necesita atención y tratamiento inmediato como resultado de cualquier lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermera o representante de la escuela proporcione a dicho estudiante dicha atención y tratamiento. Por este medio, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo de cualquier persona a causa de dicho cuidado y tratamiento de dicho estudiante. Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, ocurriera alguna enfermedad o lesión que pudiera limitar la participación de este estudiante, estoy de acuerdo en notificar a las autoridades escolares de dicha enfermedad o lesión.

Por la presente afirmo que, según mi saber y entender, las respuestas anteriores son correctas. No proporcionar respuestas correctas podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones determinadas por la UIL

Firma del estudiante: _____ del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera practicante antes de participar en las prácticas, juegos o partidos de UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ESCOLAR ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, SCRIMAGE, ACTUACIÓN O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.

Para Uso de La Escuela Solamente:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra de molde _____ Fecha _____ Firma _____

**** Llène este formulario solamente con bolígrafo de tinta color negro****
EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN – HISTORIAL MÉDICO

**** Llène solo con bolígrafo negro ****

Número de Identificación estudiantil: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIO A LA PARTICIPACIÓN -EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Altura _____ Peso _____ % Grasa corporal (opcional) _____ Pulso _____ Presión arterial (sentado) ____ / ____ (____ / ____, ____ / ____)

Visión: R 20 / _____ L 20 / ____ Corregido: Y N Alumnos: Igual Desigual

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela secundaria y nuevamente antes del primer y tercer año de participación en la preparatoria. **Debe** completarse si hay respuestas afirmativas a preguntas específicas en el FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA del estudiante. *** La política del distrito puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in supine position			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/ Arm			
Elbow/ Forearm			
Wrist/ Hand			
Hip/ Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
* station-based examination only			

Clearance

Cleared

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not Cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone number: _____

Signature: _____

Please Use Medical Provider Stamp Below:

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out of season) or performance/games/matches.