

**FORMA DEL EXAMEN DEPORTIVO FÍSICO****PARTE 1 (PARA SER LLENADO POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL)**

APELLIDO		NOMBRE		GRADO
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DEL OTOÑO	DEPORTE DEL INVIERNO	DEPORTE DE LA PRIMAVERA	NUMERO ID DEL ESTUDIANTE

**PART 1 – HISTORIAL DE SALUD (Debe ser llenado por el Padre/Guardián antes del examen)**

	SÍ	No	Ha tenido el estudiante esto:				
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad crónica o repetida?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones requiriendo tratamiento o cuidado médico?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad durando más de 1 semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión al cuello o espalda?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones o surgjas?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión o dolor en la rodilla?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Condición nerviosa, psiquiátrica o neurológica?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión o dolor en los hombros o codos?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida del funcionamiento de órganos (ojo, riñón hígado, testículos) o glándulas?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión o dolor en los tobillos?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias (medicinas, picadura de insectos, comida)?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otra lesión o dolor en las coyunturas?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas del corazón o presión sanguínea?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Huesos quebrados (fracturas)?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor del pecho o falta significativa de aire al respirar durante o después del ejercicio?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Actualmente tiene su estudiante esto:</b>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareos o desmayos con el ejercicio?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa anteojos o lentes de contacto?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayos, dolor de cabeza o convulsiones?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa puentes, abrazaderas o placas dentales?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Concusión potencial o pérdida del conocimiento?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma alguna medicina? (Liste enseguida):
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Agotamiento por el calor, insolación u otros problemas manejando o respondiendo al calor?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Más Historial:</b>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Latidos del corazón rápidos o irregulares, o soplo cardíaco?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Defectos del nacimiento (corregidos o no)?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convulsiones o desordenes de convulsión?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Muerte del padre o abuelo menor de 40 años de edad debido a una condición médica?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Calambres de los músculos severos o repetitivos?				¿Padre o abuelo menor de 50 años de edad requiriendo tratamiento para la condición del corazón?

Fecha de la última vacuna del tétanos:

Fecha del último examen físico:

Explique todas las respuestas "Sí". Describa cualquier hecho que deba ser discutido antes del examen (Use la parte posterior de la forma so lo necesita:

**AUTHORIZACIÓN:** Yo autorizo al proveedor de atención médica a realizar un examen físico deportivo del estudiante. La información descrita anteriormente es completa y correcta. Actualmente no sé de ninguna razón por la cual el estudiante no pueda participar plena y seguramente en los deportes mencionados. Para Exámenes Físicos Deportivos que pueden ser realizadas por voluntarios del Distrito, yo entiendo que el examen es una prueba solamente y que debo tratar todas las inquietudes sobre el cuidado de la salud con el médico personal del estudiante o proveedor de atención médica.

LETRA IMPRESA DEL PADRE/GUARDIÁN	FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN		
DOMICILIO	TELÉFONO DEL EMPLEO	TELÉFONO DEL HOGAR	FECHA
NOMBRE DEL DOCTOR REGULAR	TELÉFONO DE LA OFICINA	PROVEEDOR CLÍNICO U ORGANIZACIÓN	

**PART 2 – MEDICAL EVALUATION (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER)**

This Evaluation Can Only be Performed by Medical Doctors (MDs), Doctors of Osteopathy (DOs), Physician's Assistants (P.A.s), and Nurse Practitioners (N.P.s)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	(May be contained on Provider's Form)
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:                      Weight:
Heart, lungs, pulmonary function			Pulse:                      After Ex:
Abdomen, genital/hernia (males)			BP:
Skin and Musculoskeletal:			<b>Recommendation:</b> <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation One of the above <b>MUST</b> be checked.
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)/			
Concusión Screening Evaluation (only if needed based on above info.)			
<b>Comments:</b>			PHYSICIAN STAMP
PRINT NAME OF PHYSICIAN	PHYSICIAN'S SIGNATURE		DATE