



EVALUACIÓN FÍSICA—PRE-PARTICIPACIÓN

Formulario de historial médico

Esta evaluación física de participación no es un sustituto de una visita anual de salud preventiva con el profesional médico regular del estudiante. Si el estudiante no ha tenido una visita anual de salud preventiva, es muy recomendable.

Este formulario debe ser llenado por el paciente y el padre antes de ver al profesional médico. Debe guardarse en el expediente del profesional médico.

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.
 Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identificala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS: SUPPLEMENTAL HISTORY FORM

Date of Exam _____
 Name _____ Date of birth _____
 Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed with a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "yes" answers here

Please indicate if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
X-ray evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____



PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

Physical Examination Form

Note that this page is to be retained in the medical record of the health care provider, not given to the patient or sent to the school unless specifically authorized.

Student Name _____ Date of Birth _____

FOR HEALTH CARE PROVIDER TO REVIEW WITH STUDENT

1. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14 on previous page).
2. Discuss the following and address or refer if positive:

Yes	No	
		Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
		In the last two weeks, have you felt very sad, hopeless, depressed or anxious?
		Do you feel unsafe at home?
		Have you tried tobacco in the form of cigarettes, chew, snuff, dip or vape?
		Have you tried alcohol or other drugs?
		Have you ever taken steroids, used a performance enhancing supplement or a weight loss/gain supplement?
		Are there times when you should, that you do not wear a seatbelt or use a helmet?
		If you are sexually active, do you use a condom?

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
BP / (/)	Pulse	Vision R 20/	L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing			
Lymph nodes			
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)			
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary (males only) ^b			
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis			
Neurologic ^c			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand/fingers			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot/toes			
Functional • Duck-walk, single leg hop			

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Recommendations discussed at the time of visit (but not to be shared with school unless specifically authorized):

Name of Health Care Provider _____ Signature _____ Date _____



PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

Clearance Form

This page is to be submitted by the patient to the school. It should NOT contain private health information. A copy of this page should be maintained by the health care provider.

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Health Care Provider _____ Signature _____ Date _____

Address: _____ Phone _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

