

**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:                                                               |     | SÍ                       | NO                       |                                                                                                 |
|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 surgidas?                                                              | 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? |
|     |                          |                          |                                                                                             |     |                          |                          | ¿Ha sido visto por un doctor de emergencia o de urgencia en los últimos 12 meses?               |

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 si 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>                                                               |
| a. Neck/Spine/Shoulders/Back                                          |                       |                     | <input type="checkbox"/> Unlimited participation                                     |
| b. Arms/Hands/Fingers                                                 |                       |                     | <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities |
| c. Hips/Thighs/Knees/Legs                                             |                       |                     | <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation       |
| d. Feet/Ankles                                                        |                       |                     | <input type="checkbox"/> No athletic participation                                   |
| Neurologic Screening Exam (NSE)/                                      |                       |                     | One of the above MUST be checked.                                                    |
| Concussion Screening Evaluation (only if needed based on above info.) |                       |                     |                                                                                      |
| <b>Comments:</b>                                                      |                       |                     | PHYSICIAN STAMP                                                                      |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN                                               | PHYSICIAN'S SIGNATURE |                     | DATE                                                                                 |