

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser rellenado por el paciente y el padre o madre antes de ver al proveedor. El proveedor debe tener este formulario en el expediente médico).

Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Deportes: _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.☐ Medicamentos☐ Pólenes☐ Alimentos☐ Picaduras de insectos**Explicar las respuestas afirmativas a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.**

PREGUNTAS GENERALES		
1. ¿Cuándo fue el último examen completo o "chequeo" del estudiante? Fecha: Mes / año ____ / ____ (Idealmente, cada 12 meses)	SÍ	NO
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece alguna condición médica actualmente? Si es así, por favor identifíquela a continuación.		
4. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		
5. ¿Se ha desmayado alguna vez o casi se desvaneció DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	SÍ	NO
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez le latió el corazón demasiado rápido u omitió pulsaciones (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma, ecocardiograma)		
10. ¿Se marea o tiene más dificultades para respirar de lo esperado o se cansa usted más rápido que sus amigos o compañeros de clase durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		
12. ¿Tiene usted algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o una muerte súbita inesperada antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidentes inexplicables o el síndrome de muerte súbita del lactante)?	SÍ	NO
13. ¿Tiene alguien de su familia un marcapasos, un desfibrilador implantado o problemas del corazón como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que se perdiera una práctica, un juego o un evento?		
15. ¿Tiene problemas de huesos, músculos o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS		
16. ¿Sufre de tos, sibilancias (jadeos) o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	SÍ	NO
17. ¿Ha usado alguna vez un inhalador o toma medicamentos para el asma?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (várones), el bazo u otro órgano?		
19. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de piel como herpes o la infección cutánea MRSA?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo craneal o conmoción cerebral?		
21. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo o sensación de debilidad, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?		
22. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
23. ¿Tiene usted o un familiar rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
24. ¿Tiene o tuvo problemas con los ojos o la visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó que gane o pierda peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
29. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar hoy?		
SOLO A LAS MUJERES		
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	SÍ	NO
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí sus respuestas afirmativas: _____

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Deportes: _____

EXAMEN		
Altura: _____	Peso: _____	ÍNDICE DE MASA CORPORAL: _____
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulso: _____	Visión D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto		
Ojos, oídos, nariz, garganta		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Sistema neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:☐ No autorizado☐ Pendiente de evaluación adicional☐ Para cualquier deporte☐ Para ciertos deportes: _____

Razón: _____

Recomendaciones: _____

He examinado el estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en los deportes, según lo indicado anteriormente. Existe copia del examen físico en el expediente de mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela si los padres así lo solicitan. Si se presentaran condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el proveedor podrá rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se haya explicado completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores). Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escribir a mano o a máquina): _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del proveedor: _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva y la Sociedad Estadounidense de Ortopedia para la Medicina Deportiva.