

ESCUELAS DEL CONDADO DE NEW HANOVER-EVALUACION FISICA PRE-PARTICIPACION EN DEPORTES

(DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES DE LA ASOCIACIÓN ATLÉTICA DE SECUNDARIAS DE CAROLINA DEL NORTE)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Escuela: _____ Personal médico: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Deporte(s): _____

En caso de emergencia, comuníquese con: _____ Núm.Tel. _____

Este es un examen de detección para participar en deportes. Esto no sustituye una visita con el médico regular de su hijo donde pueda cubrir información importante sobre la salud preventiva.

Padres y estudiantes, revisen todas las preguntas y respondan a lo mejor de su conocimiento. Si no entiende o no conoce la respuesta a una pregunta, por favor pregúntele a su médico. No divulgar información precisa puede poner al estudiante en riesgo durante la actividad deportiva. Por favor explique a continuación las respuestas marcadas "SI". Médicos, recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar las respuestas marcadas "SI".	Si	No	No Saber
1. ¿Tiene el atleta alguna enfermedad médica crónica [diabetes, asma (ejercicio asmático), problemas renales, etc.]? Lista:			
2. ¿Está el atleta tomando actualmente algún medicamento o píldora?			
3. ¿El atleta, tiene alguna alergia (medicina, abejas u otros insectos picadores, látex)?			
4. ¿Tiene el atleta rasgos de célula falciforme?			
5. ¿Ha tenido alguna vez el atleta una lesión en la cabeza, ha sido golpeado, o ha tenido una concusión?			
6. ¿ Ha sufrido alguna vez el atleta una lesión por calor (golpe de calor) o calambres musculares graves con actividades?			
7. ¿Se ha desmayado alguna vez el atleta o casi pierde el conocimiento durante el ejercicio, un susto o una emoción?			
8. ¿Se ha desmayado el atleta o perdido el conocimiento después del ejercicio?			
9. ¿Ha tenido el atleta una fatiga extrema (muy cansado/a) con el ejercicio (diferente de otros niños)?			
10. ¿Alguna vez el atleta ha tenido dificultad para respirar durante el ejercicio, o tos con ejercicio?			
11. ¿Alguna vez el atleta ha sido diagnosticado con asma inducida por el ejercicio?			
12. ¿Alguna vez un médico le dijo al atleta que tenía presión arterial alta?			
13. ¿Alguna vez un médico le dijo al atleta que tenía una infección del corazón?			
14. ¿Alguna vez un médico ha ordenado un EKG u otra prueba para el corazón del atleta, o se le ha dicho al atleta que tiene un murmullo?			
15. ¿Ha tenido alguna vez el atleta incomodidad, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio, o se quejó de que su corazón está "compitiendo" o "saltando latidos"?			
16. ¿Alguna vez el atleta ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema inexplicable de convulsiones?			
17. ¿Alguna vez el atleta ha tenido una picada, sensación de quemazón o un nervio pillado?			
18. ¿Alguna vez el atleta ha tenido problemas con los ojos o la visión?			
19. ¿Alguna vez el atleta se ha torcido / estirado, dislocado, fracturado, roto o ha tenido hinchazón o lesión repetida de cualquier hueso o alguna articulación?			
<input type="checkbox"/> cabeza <input type="checkbox"/> hombro <input type="checkbox"/> muslo <input type="checkbox"/> cuello <input type="checkbox"/> codo <input type="checkbox"/> rodilla <input type="checkbox"/> cadera <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> antebrazo <input type="checkbox"/> pantorrilla <input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> muñeca <input type="checkbox"/> tobillo <input type="checkbox"/> mano <input type="checkbox"/> piés			
20. ¿Alguna vez el atleta ha tenido un trastorno alimenticio, o tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o peso?			
21. ¿Alguna vez el atleta ha sido hospitalizado o ha sido operado?			
22. ¿El atleta ha tenido/estado: 1. Poco interés o placer en hacer las cosas; 2. Sentirse abajo, deprimido, o desesperado por más de 2 semanas corridas; 3. Sentirse mal por sí mismo de que es un fracaso, o que ha decepcionado a la familia; 4. Pensamientos de que él / ella estaría mejor muerto o herido por sí mismo?			
23. ¿Ha tenido el atleta un problema médico o lesión desde su última evaluación?			
HISTORIAL FAMILIAR			
24. ¿Algún miembro de la familia tuvo una muerte súbita e inesperada antes de los 50 años (incluyendo el síndrome de muerte súbita del bebé, accidente automovilístico, ahogamiento)?			
25. ¿Alguno de los miembros de la familia ha tenido ataques cardíacos inexplicables, desmayos o convulsiones?			
26. ¿El atleta tiene un padre, madre o hermano con enfermedad de células falciformes?			

Elabore sobre cualquier respuesta marcada 'SI':

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en que he revisado y contestado cada pregunta anterior. Cada pregunta es contestada completamente y es correcta para lo mejor de mi conocimiento. Además, como padre o custodio legal, doy permiso para que mi hijo participe en deportes..

Firma del padre / custodio legal: _____ Fecha: _____

Firma del atleta: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

ESCUELAS DEL CONDADO DE NEW HANOVER-EVALUACION FISICA DE PRÉ-PARTICIPACIÓN EN DEPORTES*(Debe ser completado por un Médico Licenciado, Enfermera Profesional o Asistente Médico)*

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____

Altura _____ Peso _____ BP _____/_____/_____ BP _____/_____/_____ Pulso _____

Visión R 20 / _____ L 20 / _____ Corregido: Sí No

ELEMENTOS REQUERIDOS PARA TODOS LOS EXAMENES

	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
PULSOS			
CORAZÓN			
PULMONES			
PIEL			
CUELLO / ESPALDA			
HOMBRO			
RODILLA			
Tobillo / PIE			
Otros problemas ortopédicos			

Elementos Opcionales de Examen - debe hacerse si el historial indica

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MASCULINA)			
HERNIA MASCULINA			

Aprobación:

- A. Aprobado
- B. Aprobado después de completar la evaluación o rehabilitación para: _____
- C. *** Formulario de renuncia médica se debe adjuntar (para la condición de): _____
- D. No aprobado para: Colisión Contacto
- Sin contacto: _____ agotador _____ moderadamente agotador _____ No agotador _____

Debido a: _____

Recomendaciones adicionales / instrucciones de rehabilitación:

Nombre del médico / examinador: _____

Firma del médico / examinador: _____ MD DO PA NP

(La firma y círculo sobre la designación es requerido)

Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Physician Office
Stamp/Sello médico

*** Se consideran descalificantes hasta que se obtengan las liberaciones médicas y parentales apropiadas: eliminación postoperatoria, infecciones agudas, retraso evidente en el crecimiento, diabetes incontrolada, deterioro visual o auditivo grave, insuficiencia pulmonar, enfermedad cardíaca orgánica o hipertensión en estadio 2, hígado o bazo agrandados, enfermedad musculoesquelética crónica condición que limita la capacidad para un ejercicio / deporte (seguro es decir, anomalía de Klippel-Feil, deformidad de Sprengel), antecedentes de convulsiones incontroladas, ausencia de o de un riñón, ojo, testículo u ovario, etc.)

Este formulario es aprobado por el Comité Asesor de Medicina Deportiva de NCHSAA y la Junta de Directores. Este formulario está vigente a partir de abril de 2016. modificado por NHCS Diciembre 2016.