

EXAMEN DE PRE-PARTICIPACIÓN PARA DEPORTES ESCOLARES

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Altura: _____ Peso: _____ % Grasa (opcional): _____ Pulso: _____	Presión Arterial B P: ____/____(____/____, ____/____)
Visión: Derecho 20/____ Izquierdo 20/____ Corregida Sí No Pupilas: Igual ____ Desigual ____	Ritmo: Regular ____ Irregular ____

MÉDICA	NORMAL	OBSERVACIONES ANORMALES	INICIALES*
Apariencia			
Ojos/Oídos/Naríz/Garganta			
Protuberancia Linfática			
Corazón: Actividad Pericardia			
1° y 2° sonidos del corazón			
Soplos			
Pulsos: braquial/femoral			
Pulmones			
Abdomen			
Piel			

MUSCULOESQUELETAL

Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

*Examen de estación-base solamente

ACREDITACIÓN

_____ Acreditado
 _____ Acreditado después de completar evaluación/rehabilitación para: _____

_____ No acreditado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico _____

Fecha: ____/____/____

Domicilio: _____

Teléfono: (____) _____

Firma del Médico: _____

Por lo que concierne a ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección deberá ser conducido por un/una (a) médico en posesión de una licencia sin restricciones para practicar la medicina; (b) médico naturista con licencia; (c) asistente de médico con licencia; (d) enfermera practicante certificada; o un/una (e) médico quiropráctico con licencia que tenga entrenamiento clínico y experiencia en detectar enfermedades y defectos cardiopulmonares."

EXAMEN DE PRE-PARTICIPACIÓN PARA DEPORTES ESCOLARES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio : _____ Teléfono: (_____) _____

Atleta y Padres/Tutores: Por favor revise todas las preguntas y responda lo mejor que pueda.

Médico: Por favor, revise con el atleta los detalles de las respuestas afirmativas.

- | SÍ | NO | NO SÉ | |
|-------|-------|-------|--|
| _____ | _____ | _____ | 1. ¿Alguien en la familia del atleta murió repentinamente antes de los 50 años? |
| _____ | _____ | _____ | 2. ¿Se ha desmayado el/la atleta alguna vez haciendo ejercicio, o ha dejado de hacerlo porque existe mareo o dolor en el pecho? |
| _____ | _____ | _____ | 3. ¿Padece el/la atleta de asma, fiebre de heno, o ataques de tos durante o después de hacer ejercicio? |
| _____ | _____ | _____ | 4. ¿Se ha roto el/la atleta un hueso alguna vez, ha estado enyesado, se ha lastimado una articulación? |
| _____ | _____ | _____ | 5. ¿Tiene el/la atleta historia de contusiones (recibir golpes) o ataques? |
| _____ | _____ | _____ | 6. ¿Ha sufrido el/la atleta alguna vez de enfermedad por el calor (insolación)? |
| _____ | _____ | _____ | 7. ¿Tiene el/la atleta una enfermedad crónica o ve a un médico regularmente por un problema particular? |
| _____ | _____ | _____ | 8. ¿Toma el/la atleta alguna medicina recetada, hierbas o suplementos alimenticios? |
| _____ | _____ | _____ | 9. ¿Es el/la atleta alérgico a algún medicamento o picaduras de abejas? |
| _____ | _____ | _____ | 10. ¿Tiene el/la atleta solo uno de cualquier par de órganos (ojos, oídos, riñones, testículos, ovarios, etc.)? |
| _____ | _____ | _____ | 11. ¿Ha tenido alguna vez el/la atleta una limitación para participar en deportes? |
| _____ | _____ | _____ | 12. Ha tenido el/la atleta episodios de falta de respiración, palpitaciones, historia de fiebre reumática o agotamiento inusual? |
| _____ | _____ | _____ | 13. ¿Ha sido el/la atleta diagnosticado con soplo al corazón, o condición cardíaca, o hipertensión? |
| _____ | _____ | _____ | 14. ¿Hay una historia de jóvenes en la familia del atleta que padecen de problemas del corazón congénitos o de otro tipo: cardiomiopatía, ritmo anormal del corazón, Síndrome de Marfan (Puede escribir "no conozco estos términos" y poner sus iniciales, si es apropiado.) |
| _____ | _____ | _____ | 15. ¿Ha sido el/la atleta hospitalizado por más de 24 horas o ha tenido cirugías? |
| _____ | _____ | _____ | 16. ¿Pierde el/la atleta peso regularmente para cumplir con los requisitos de su deporte? |
| _____ | _____ | _____ | 17. ¿Tiene el/la atleta algo que quiera discutir con un médico? |
| _____ | _____ | _____ | 18. ¿Tose, estornuda, o tiene problemas para respirar el/la atleta durante o después de una actividad? |
| _____ | _____ | _____ | 19. ¿Padece de asma el/la atleta? |
| | | | 20. MUJERES SOLAMENTE |
| | | | a. ¿Cuándo fue su primer periodo menstrual? _____ |
| | | | b. ¿Cuándo fue su último periodo menstrual? _____ |
| | | | c. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre periodos menstruales el año pasado? _____ |

(Explique cualquier pregunta que contestó SÍ, en la parte de atrás)

Declaración de los Padres o Tutores:

He leído y contestado las preguntas anteriores lo mejor que he podido. Mi hijo/hija y yo entendemos y aceptamos que existen riesgos de lesiones serias y muerte en cualquier deporte, incluyendo en el/los que mi hijo/hija ha escogido participar. Por medio de la presente doy mi autorización para que mi hijo/hija participe en los deportes/actividades.

Así mismo autorizo tratamiento de emergencia y/o transporte a una institución médica que se juzguen urgentemente necesarios por un/una entrenadora, o practicante médico calificados.

Entiendo que este examen físico de preparticipación no está diseñado, o sustituye a cualquier evaluación de salud comprensiva que sea recomendada.

Por este conducto autorizo la entrega de los resultados de este examen a la escuela de mi hijo/hija.

Firma: _____

Padres/Tutores

Fecha: _____

Por lo que concierne a ORS 336.479, Sección 1(5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección deberá ser conducido por un/una (a) médico en posesión de una licencia sin restricciones para practicar la medicina; (b) médico naturista con licencia; (c) asistente de médico con licencia; (d) enfermera practicante certificada; o un/una (e) médico quiropráctico con licencia que tenga entrenamiento clínico y experiencia en detectar enfermedades y defectos cardiopulmonares."

