

## EXAMEN FÍSICO PREVIO A PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

A los Padres/Guardianes:

Los estudiantes matriculados en los Grados 9-12 deben someterse anualmente a un examen físico previo antes de poder participar en los programas de deportes intercolegiales y de acondicionamiento escolar de Montgomery County Public Schools (MCPS). Los estudiantes matriculados en los Grados 7-8 deben someterse a un examen médico cada dos años para participar en el programa de deportes intercolegiales en las escuelas de enseñanza media de MCPS.

El examen médico deberá ser llevado a cabo por un médico licenciado; un enfermero acreditado; o, un asistente médico acreditado, bajo la supervisión de un médico licenciado.

El examen físico previo a participación en deportes consiste de cuatro partes: Formulario de Historial (página 1), Formulario Suplementario de Historial para Atletas con Necesidades Especiales (página 2), Formulario de Examen Físico (página 3), y Formulario de Autorización (página 4).

El estudiante debe entregar solamente la última página (FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN—página 4) a la escuela o al entrenador antes de su participación. El médico deberá guardar las primeras tres páginas.

Cuando un estudiante atleta ha sufrido una lesión significativa, enfermedad, o ha recibido intervención quirúrgica después de haber presentado el examen físico previo a su participación, para poder reintegrarse a la participación se requiere una carta de autorización de un médico; enfermero profesional; o, asistente médico acreditado, bajo la supervisión de un médico licenciado.

La información de salud suministrada a la escuela estará disponible únicamente al personal de salud y de educación que tenga un interés educacional legítimo en su hijo/a.

Se permitirá dispensas para los exámenes físicos si los mismos contradicen las creencias religiosas de un estudiante. En dichas circunstancias, la familia deberá suministrar verificación.

# EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

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 identifícala abajo:<br><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Infecciones<br>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<br><input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón<br><input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón<br><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/tabilla, 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?   |    |    |

| PREGUNTAS MÉDICAS  | Sí | No |
|--|----|----|
| 26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?   |    |    |
| 27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?  |    |    |
| 28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?   |    |    |
| 29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?  |    |    |
| 30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?  |    |    |
| 31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?  |    |    |
| 32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?  |    |    |
| 33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?   |    |    |
| 34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?   |    |    |
| 35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria? |    |    |
| 36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?  |    |    |
| 37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?  |    |    |
| 38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?          |    |    |
| 39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?                      |    |    |
| 40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?   |    |    |
| 41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?   |    |    |
| 42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?   |    |    |
| 43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?  |    |    |
| 44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?   |    |    |
| 45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?   |    |    |
| 46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?  |    |    |
| 47. ¿Te preocupa tu peso?  |    |    |
| 48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?  |    |    |
| 49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?   |    |    |
| 50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?   |    |    |
| 51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?  |    |    |

| SÓLO PARA MUJERES  | Sí | No |
|--|----|----|
| 52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?                 |    |    |
| 53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual? |    |    |
| 54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?        |    |    |

**Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.**

Firma del atleta \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

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 physician/nurse practitioner (print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of physician/nurse practitioner \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

## EMERGENCY INFORMATION

Allergies \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other information \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_