

## Galt Joint Union Elementary School District- FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD PARA DEPORTES

<b>PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)</b>							
APELLIDO		NOMBRE			GRADO:		
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE			
<b>HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)</b>							
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>¿El estudiante ha tenido algún/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>¿El estudiante:</b>	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica o recurrente?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad que duró más de una semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene puentes, frenos o placas dentales?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones u operaciones?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?				
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Tiene historial de:</b>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones que requieren atención médica o tratamiento?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos o de presión arterial?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el cuello o la espalda?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en la rodilla?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos cuando hace ejercicio?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el hombro o el codo?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el tobillo?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotura de huesos (fracturas)?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o sople cardíaco?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Otro historial:</b>	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres musculares graves o reiterados?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico?
			Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento: _____	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad?
			Fecha del último examen médico completo: _____	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses?
<i>Explique todas las respuestas "Sí" a continuación y todo otro hecho o circunstancia de que deba divulgarse antes del examen (escriba en el reverso del formulario si es necesario):</i>							
<b>AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR:</b> Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a efectuar un examen de salud para deportes del estudiante: La información que figura más arriba es completa y correcta, y no tengo conocimiento de ninguna razón que impida que el estudiante pueda participar plenamente y sin riesgo en los deportes indicados. Comprendo que éste es sólo un examen de evaluación y que la ausencia de los trastornos o problemas de salud que figuran más abajo no significa que el estudiante esté exento de otros trastornos de salud nocivos o potencialmente nocivos que pudieran lesionar o causar la muerte del estudiante mientras participa en deportes: Si tuviese alguna pregunta o inquietud sobre la salud o seguridad del estudiante, consultaré a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para que la revise y evalúe.							
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE:				FIRMA DEL PADRE O TUTOR:			
DIRECCIÓN			TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA		
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA			TELÉFONO DEL CONSULTORIO				

**PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING  
PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)**

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:
Skin			Weight:
Heart			Pulse:                      After Ex:
Abdomen			BP:
Genital/hernia (males)			<b><i>Recommendation:</i></b> <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation <b><i>One of the above <u>MUST</u> be checked.</i></b>
Musculoskeletal:			
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
<b>Comments:</b>			
PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only)		PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE