

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

PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)							
APELLIDO		NOMBRE			GRADO:		
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE			
HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)							
	Sí	No	¿El estudiante ha tenido algún/a:		Sí	No	¿El estudiante:
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?		Sí	No	Tiene historial de:
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?		Sí	No	Otro historial:
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?
				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?
				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?
Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento: _____							
Fecha del último examen médico completo: _____							
<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>							
AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: 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)			<i>Recommendation:</i> <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 <i>One of the above <u>MUST</u> be checked.</i>
Musculoskeletal:			
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
Comments:			
PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only)		PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE