



# Historia Medica (Revisado 2017) PSJA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

Es necesario presentar un exàmen fisico anual para participar en las actividades de atletismo de PSJA ISD. Estas preguntas son formuladas para determinar si el estudiante ha desarrollado una condiciòn la cual sea peligroso su participaciòn en eventos atleticos.

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo M / F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Direcciòn \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Teléfono móvil para estudiantes \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ ¿El estudiante está cubierto por un seguro? PRIVADO  SI  NO CHIP/MEDICAID  SI  NO

**En caso de emergencia:** Nombre Padre/Guadian \_\_\_\_\_ Relaciòn \_\_\_\_\_ Telefono (M) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_

Explique las respuestas marcadas "SI" en la caja\*\* Circule las preguntas a las cuales no sabe la respuesta

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Has tenido alguna enfermedad medica o lesion desde tu última revision o examen deportivo general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Te ha faltado la respiraciòn de repente, debido a ejercicio ¿Has sido diagnosticado de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado hospitalizado, de un dia para otro, el año pasado? ¿Has tenido cirugia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes alergias de estacion, que requieren tratamiento mèdico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido pruebas para el corazón ordenado por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algùn equipo especial protector o corrector, o artefactos Que no se acostumbran para tu deporte o tu puesto (p. ej. tirantes en la rodillas, alzacuello especial, soportes ortopèdicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te has desmallado despues del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Has sufrido alguna luxaciòn, distension o hinchazòn despues de una lesiòn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor de pecho durante or despues del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas mas rapido que tus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido algun otro problema con dolor hinchazon en los mùsculos, tendons, huesos, o algun articulaciòn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera		
¿Has tenido alta presiòn o alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Pierna		
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Espinilla/Pantorilla		
¿Algun miembro de tu familia muriò de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Tobillo		
¿Algun miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido (dilato cardiomiopatia) cardiomiopatia hipertrofica, Sindrome de largo QT, o otro ion channelpathy (syndrome Brugada, etc.) Sindrome de Marafan, o ritmo cardiaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedo <input type="checkbox"/> Pies		
¿Has tenido infecciòn viral grave (p. ej. Miocarditis o mononucleosis durante el ultimo mes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres cambiar tu peso en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algun medico te ha negado o restringido la participaciòn en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Te sientes estresado?		
4. ¿Has tenido alguna vez una lesiòn o concusiòn en la cabeza? ¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Has sido alguna vez diagnosticado o sido tratado de rasgo (propensiòn) de la cèlula de hoz o enfermedad (anemia) de la cèlula de hoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es si, ¿cuantas beces? _____ Ultima cncusiòn? _____			<b>SOLO MUJERES</b>		
¿Que tan grave fue cada una (explicalo abajo)			19. ¿Cuando tuviste tu primer period menstrual? ¿Cuando fue to period menstrual màs reciente?	_____	_____
¿Has tenido alguna vez un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por lo general, cuanto tiempo tienes entre el principio de una Mestraucion al pricipio del siguiente?	_____	_____
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuantos periodos menstruales has tenido en el ultimo año?	_____	_____
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cual fue el tiempo mas largo entre period menstraules?	_____	_____
¿Alguna vez has sentido aguijòn, ardor o pellizco en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consentimiento para dar al estudiante material informativo sobre el càncer de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te falta alguno de los òrganos que son pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO HOMBRES</b>		
6. ¿estàs al cuidado de un medico en este momento por una enfermedad, lastimadura, o condiciòn medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Tienes dos testículos? ¿Tiene hinchazòn o masas testiculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Estas tomando actualmente alguna medicina de receta, de de venta libre o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consentimiento para dar al estudiante material informativo sobre el càncer de piel y testículos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tienes alergias? p.e., al polen, medicina, alimento, o alguna picadura de insecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Te has mareado durante o despues de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel? p.e., comezòn, erupciòn acne, verrugas, hongos o ampollas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Has tenido algun problema con los ojos o la visiòn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Un individuo que conteste sí a cualquier pregunta relacionada con un posible problema de salud cardiovascular (pregunta 3), debe ser restringido de una mayor participaciòn hasta que el individuo sea examinado y aprobado por un médico, un asistente médico, un quiropràctico o una enfermera practicante.

**Explique las respuestas SÍ a continuaciòn (use otra hoja si es necesario)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se entiende que aùn que el atleta use equipo protector siempre que èste sea requerido, sigue haiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesiòn. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumiràn la responsabilidad en caso de accidente. ● Si, a juicio de cualquier representatne de la escuela, el estudiante antedicho require atenciòn y tratamiento medico inmediato a causa de un accidente ò enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier medico, entrenador atlètico, enfermera, hospital, ò representatnte de la escuela, y acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela ò a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. ● Si, entre èsta fecha y al comienzo de la paticipaciòn atlètica, ò en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad ò accidente ocurriera que limitara la participaciòn del estudiante, acuerdo notificar con òrdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesiòn. ● Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere una evaluaciòn mèdica adicional que puede incluir un examen fisico. ● Se requiere autorizaciòn escrita de un médico, un asistente médico, un quiropràctico o una enfermera practicante antes de cualquier participaciòn en las pràcticas, juegos o partidos del UIL.

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÀCTICA, ESCUELA O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.**

**Sólo para uso escolar, This Medical History Form was reviewed by:**

School Official Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Yo por el presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis respuestas al encime de pregunatas son completas y correcto. El fracas para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas por el UIL.

FIRMA de ESTUDIANTE **X** \_\_\_\_\_

FIRMA de PADRE/GUARDIAN **X** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



Student's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ % Body Fat (optional) \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_)
Brachial blood pressure while sitting (space provided for re-check if needed)

Vision: Right 20/\_\_\_\_ Left 20/\_\_\_\_ Corrected: [ ] YES [ ] NO Pupils: [ ] Equal [ ] Unequal

As a minimum requirement, this physical examination form must be completed prior to junior high athletic participation and again prior to the first and third years of high school athletic participation. It must be completed if there are any YES answers to specific questions on the medical history form on the reverse side.

NOTE: PSJA ISD DISTRICT POLICY REQUIRES AN ANNUAL PHYSICAL EXAM

Table with 4 columns: MEDICAL, NORMAL, ABNORMAL FINDING, INITIALS\*\*. Rows include Appearance, Eyes/Ears/Nose/Throat, Lymph Nodes, Heart - Auscultation (supine and standing), Heart - Lower extremity pulses, Pulses, Lungs, Abdomen, Genitalia (males only), Skin, Marfan's stigmata.

MUSCULOSKELETAL

Table with 4 columns: MUSCULOSKELETAL, NORMAL, ABNORMAL FINDING, INITIALS\*\*. Rows include Neck, Back, Shoulder/Arm, Elbow/Forearm, Wrist/Hand, Hip/Thigh, Knee, Leg/Ankle, Foot.

\*\*Initials required for a station-based examination only

CLEARANCE:

- [ ] Cleared with NO restrictions
[ ] Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_
[ ] Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

Signature box containing fields for NAME, Date of Examination, ADDRESS, Phone Number, and SIGNATURE OF PERSON PERFORMING THE EXAM.