



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN - CONSENTIMIENTO - SEGURO MÉDICO

Las secciones con encabezados en gris deben ser llenadas por el estudiante, padre/tutor o mayor de 18 años.

En esta página, el alumno, padre/tutor o mayor de 18 años debe plasmar CUATRO (4) firmas.

UN EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO ES AQUEL EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR

Nombre del estudiante: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Domicilio del estudiante: _____
CALLE CIUDAD C. P.

Género: M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (ciudad/estado): _____

Escuela: Godwin Heights Marque el grado con un círculo: 6 7 8 9 10 11 12

Nombre del padre o tutor: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____

Nombre de la madre o tutor: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____

Dirección de correo electrónico: Padre/Madre/Tutor/Mayor de 18 años: _____

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, TUTOR O MAYOR DE 18 AÑOS

A mi leal saber y entender, la información consignada en este formulario es correcta. Por medio de mi firma o la firma de mi hijo que se encuentra a continuación, yo/nosotros afirmamos que hemos recibido la información instructiva sobre contusiones que cumple con los requisitos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y de la MHSAA.

Además, en consideración a mi participación o a la de mi hijo en los eventos deportivos patrocinados por la MHSAA, yo/nosotros, por la presente, aceptamos, comprendemos y reconocemos: que la participación en esas actividades deportivas es completamente voluntaria; que dichas actividades implican ejercicio y contacto físico; y que existe un riesgo inherente de lesión personal relacionado con la participación en dichas actividades, riesgo que yo/nosotros asumimos y aceptamos; y por la presente renunciamos a toda reclamación, demanda legal, pérdida, acciones o pretensión en contra de la MHSAA, sus integrantes, funcionarios, representantes, miembros del comité, empleados, agentes, abogados, aseguradores, voluntarios y afiliados con base en cualquier lesión que sufra yo, mi hijo o cualquier persona, sea por riesgo inherente, accidente, negligencia o alguna otra causa, durante, o a consecuencia de, mi participación o la de mi hijo en un evento deportivo patrocinado por la MHSAA.

Yo/nosotros comprendemos que se espera que yo/nosotros cumplamos cabalmente con todas las políticas deportivas establecidas en el distrito escolar que me corresponde y en la MHSAA. Por la presente, yo/nosotros damos nuestro consentimiento para que el alumno indicado anteriormente participe en los eventos deportivos interescolares y para que se le proporcione a la MHSAA la información protegida por FERPA y por HIPAA a fin de determinar el derecho de participación en los eventos deportivos interescolares. Mi hijo tiene mi permiso para acompañar al equipo como participante en los viajes fuera de la ciudad.

1 Firma del ESTUDIANTE: _____ Fecha: _____

2 Firma del PADRE/MADRE o TUTOR o MAYOR DE 18 AÑOS: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nuestro hijo o hija cumplirá con todos los reglamentos específicos del seguro del distrito escolar.

El estudiante-atleta tiene seguro de salud: SÍ NO

En caso afirmativo: Compañía de seguros de la familia: _____ # de identificación del seguro: _____

Asimismo, por medio de la presente, hago constar que, en la medida de mi conocimiento, las respuestas a las preguntas del historial médico (ver reverso) están completas y son correctas.

3 Firma del PADRE/MADRE o TUTOR o MAYOR DE 18 AÑOS: _____ Fecha: _____

----- (DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO) -----

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO: PARA SER LLENADO POR UN PADRE, TUTOR O MAYOR DE 18 AÑOS

Yo, _____, una persona mayor de 18 años o el padre o tutor de _____, reconozco que a raíz de la participación en atletismo, pudiera ser necesario un tratamiento médico de emergencia, y además, reconozco que el personal de la escuela probablemente no pueda contactarme para obtener mi consentimiento para la atención médica de emergencia. Por la presente, doy mi consentimiento anticipado para que se proporcione dicha atención médica de emergencia, incluida la atención hospitalaria, según se considere necesario dadas las circunstancias que se presenten, y asumo los gastos que dichos cuidados generen.

4 Firma del PADRE/MADRE o TUTOR o MAYOR DE 18 AÑOS: _____ Fecha: _____

encima



HISTORIAL MÉDICO: Para ser llenado por un padre, tutor o mayor de 18 años.

Nombre del estudiante: _____ Fecha del examen: _____

Médico de la familia: _____ Teléfono: _____

- PREGUNTAS GENERALES	SI	NO	- PREGUNTAS MÉDICAS	SI	NO			
¿Su médico alguna vez le ha prohibido o restringido su participación en algún deporte por algún motivo?			¿Sufre de tos, jadeos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?					
¿Tiene alguna condición médica persistente? De ser así, identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otra:			¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o tomado medicina para el asma?					
¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital o en alguna ocasión ha tenido alguna cirugía?			¿Alguien en su familia sufre de asma?					
- PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA			SI			NO		
¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			¿Le falta o nació sin un riñón, ojo, testículo (varones), bazo o algún otro órgano?					
¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			¿Sufre de dolor o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?					
¿Su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			¿Ha sufrido de mononucleosis infecciosa (mono) durante el mes pasado?					
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otra:			¿Sufre de erupciones cutáneas, úlceras por presión o algún otro problema cutáneo?					
¿Algún médico le ha pedido algún estudio cardíaco? (P. ej. un electrocardiograma o un ecocardiograma). Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o le falta el aliento más de lo normal?			¿Ha sufrido de una infección cutánea por herpes o SARM?					
¿Tiene antecedentes de trastornos convulsivos o ha sufrido alguna convulsión inexplicable?			¿Tiene dolor de cabeza o sufre frecuentemente de calambres musculares al hacer ejercicio?					
¿Se siente más cansado o le falta aire más rápido que a sus compañeros durante el ejercicio?			¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?					
- PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA			SI			NO		
¿Alguien en su familia ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables o casi se ha ahogado?			¿Usted o alguien de su familia sufre de anemia falciforme?					
¿Alguien en su familia tiene algún problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?			¿Ha tenido problemas con los ojos, la vista o ha sufrido lesiones en los ojos?					
¿Alguien en su familia ha fallecido por problemas cardíacos o murió repentina o inesperadamente antes de los 50 años (incluido el ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o el síndrome de muerte infantil súbita)?			¿Usa anteojos o lentes de contacto?					
¿Alguien en su familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo, síndrome del QT breve, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			¿Usa protectores oculares, como gafas o caretas?					
			Historial de vacunación: ¿Le falta alguna vacuna recomendada?					
			¿Tiene alguna alergia?					
			¿Alguna vez ha sufrido una lesión o una contusión en la cabeza?					
			¿Tiene alguna preocupación sobre la que le gustaría platicar con su médico?					
			¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza que le causara confusión, dolores de cabeza persistentes o problemas de memoria?					
			¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas o le ha sido imposible moverlos después de recibir un golpe o caerse?					
- PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES			SI			NO		
¿Ha sufrido una lesión en hueso, músculo, ligamento o tendón que ocasionó que faltara a prácticas o juegos?			¿Alguna vez ha tenido trastornos alimenticios?					
¿Ha sufrido fracturas o fisuras óseas, se ha dislocado articulaciones o ha sufrido fracturas por esfuerzo?			¿Está preocupado por su peso?					
¿Ha sufrido lesiones que necesitaran rayos-X, resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, férula, yeso o muletas?			¿Está intentando o alguien le ha sugerido que suba o baje de peso?					
¿Usa regularmente correctores dentales, aparatos de ortodoncia u otros similares?			¿Está siguiendo alguna dieta o evita ciertos tipos de alimentos?					
¿Le molesta alguna lesión en huesos, músculos o articulaciones?								
¿Algunas de sus articulaciones le causan dolor, se inflaman, se sienten calientes o se ven rojas?								
¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedades del tejido conectivo?								
¿Alguna vez lo han sometido a rayos-X por inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxoidea (síndrome de Down o enanismo)?								

- SOLO PARA MUJERES (Opcional)	SI	NO
¿Ya se ha presentado su período menstrual?		
¿Cuántos años tenía cuando se presentó su primera regla?		
¿Cuántas reglas ha tenido en los últimos 12 meses?		

EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO = EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR

EXAMEN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA: Reservado para MD, DO, PA o NP - ENTREGAR DIRECTAMENTE AL PACIENTE.

EXAMEN: Estatura: _____ Peso: _____ Masculino Femenino PA: / Pulso: _____ Vista: D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida: SÍ NO

EVALUACIÓN MÉDICA	NORMAL	ANORMAL	EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA	NORMAL	ANORMAL
Apariencia: Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazos extendidos > estatura, hiperlaxia, miopía, PVM, insuficiencia aórtica)			Cuello		
Ojos, oídos, nariz, garganta: Pupilas isocóricas Oído			Espalda		
Nodos linfáticos			Hombro/brazo		
Corazón: Soplos (auscultación de pie, acostado boca arriba, +/- Valsalva) Localización del choque de punta			Codo/antebrazo		
Pulsos: Pulsos femorales y radiales simultáneos			Muñeca/mano/dedos		
Pulmones			Cadera/muslo		
Abdomen			Rodilla		
Genitourinario (solo varones)			Pierna/tobillo		
Piel: VHS: Lesiones que sugieren SARM, tiña corporal			Pie/dedos		
Neurología			Marcha de pato funcional		

RECOMENDACIONES: _____
Certifico que examiné al estudiante indicado anteriormente en este formulario y puedo recomendar que está apto para competir en los eventos de atletismo supervisados que NO se hayan tachado a continuación.
 BÉISBOL, BÁSQUETBOL, BÓLICHE, ANIMACIÓN, CARRERAS A CAMPO TRAVIESA, FÚTBOL AMERICANO, GOLF, GIMNASIA, HOCKEY SOBRE HIELO, LACROSSE, ESQUÍ, FÚTBOL, SÓFBOL, NATACIÓN/CLAVADOS, TENIS, ATLETISMO EN PISTA Y CAMPO, VOLEIBOL, LUCHA

EXAMINADOR → Nombre del examinador (letra de molde): _____ Fecha: _____
 Firma del examinador: _____ (Marque una): MD DO PA NP
 ----- (DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO) -----

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: PARA SER LLENADO POR UN PADRE, TUTOR O MAYOR DE 18 AÑOS.

Estudiante: _____ Grado: _____ Médico: _____ Teléfono: (____) _____
EN CASO DE EMERGENCIA (1): _____ Tel. de casa: (____) _____ Tel. celular: (____) _____
EN CASO DE EMERGENCIA (2): _____ Tel. de casa: (____) _____ Tel. celular: (____) _____
 Reacciones a medicamentos: _____ Medicamentos actuales: _____
 Alergias: _____

encima