Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

Fecha del exámen: _____ ANEXO A-1

Nombre del alumno(a):_____Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____ Escuela:_____Deporte(s):_____
Dirección:_____Teléfono:_____
Doctor o proveedor médico personal: _____
Persona a notificar en caso de emergencia. Nombre:_____Relación:_____
Teléfono: (Casa)_____(Trabajo)_____(Celular)_____(Celular) _____

Medicamentos y alergias: Por favor enumere todas las medicinas y suplementos (naturales y nutritivos) con o sin receta médica que actualmente toma.

_____

¿Padece de alguna alergia? ☐ Yes ☐No Si marcó 'Sí', por favor identifique la alergia específica a continuación.

☐ Medicamentos ☐Polen ☐Alimentos ☐Picaduras de insectos

El padre/madre/tutor legal y el alumno(a) deben cuidadosamente completar esta sección antes de participar en el programa deportivo interescolar. ***Explique las respuestas con "Sí" a continuación. Marque con un circulo las preguntas que no sepa.***

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez le ha negado un doctor la participación en los deportes por alguna razón?		
2. ¿Padece constantemente de alguna afección médica? Si respondió 'Sí', por favor identifíquela a continuación: ☐Asma ☐Anemia ☐Diabetes ☐ Infecciones Otra:_____		
3. ¿Alguna vez pasó la noche hospitalizado?		
4. ¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón a veces se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?		
8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardiacos? Si respondió 'Sí', marque lo que corresponda: ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Una infección cardíaca ☐ Presión alta ☐ Un soplo cardíaco ☐ Colesterol alto Otro: _____		
9. ¿En los últimos 14 días ha estado expuesto a alguien que dio positivo a una prueba del virus COVID-19?		
10. ¿Alguna vez ha dado positivo a una prueba del virus COVID-19? Fecha de la prueba (+) COVID-19:_____		
11. ¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?		
12. ¿Se marea o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?		
13. ¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicado?		
14. ¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA	**Sí**	**No**
15. ¿Ha habido alguna muerte por problemas cardíacos o una muerte repentina e inesperada o inexplicable antes de los 50 años de algún miembro de su familia o pariente (incluyen ahogados, accidente automovilístico inexplicado, o síndrome de muerte infantil súbita?		
16. ¿Alguien de su familia padece de cardiomiopatía hipertrópica, síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo o corto síndrome de Brugada o taquicardia catecolaminérgica polymórfica ventricular?		
17. ¿Alguien de su familia padece de problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?		
18. ¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algun ataque inexplicable o ha estado a punto de ahogarse?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
19. ¿Ha tenido alguna lesión, tal como una torcedura, un desgarre múscular o de un ligamento, o tendonitis, que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?		
20. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?		
21. ¿Ha tenido alguna lesión que haya requerido Rayos-X, MRI, CT escanear, una terapia, inyecciones, un aparato ortopédico, enyesado o muletas?		
22. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
23. ¿Le han dicho alguna vez que se haga o se ha hecho una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial o del cuello? (Síndrome de Down o enanismo)		
24. ¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortótico o de asistencia?		
25. ¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
26. ¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?		
27. ¿Tiene un historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		
PREGUNTAS MÉDICAS		
28. ¿Tose, resolla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?		
29. ¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?		
30. ¿Alguien de su familia padece de asma?		
31. ¿Nació sin un riñón o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
32. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en el area de la ingle?		
33. ¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
34. ¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?		
35. ¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?		
36. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o concusión cerebral?		
37. ¿Ha te nido algún golpe o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?		
38. ¿Tiene un historial de trastorno convulsivo?		
39. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?		
40. ¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?		
41. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas luego de caerse o ser golpeado(a)?		
42. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo mientras hacía ejercicio en el calor?		
43 ¿Tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
44. ¿Usted o alguien de su familia tiene razgos de o padece de anemia drepanocítica?		
45. ¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?		
46. ¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?		
47. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
48. ¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?		
49. ¿Le preocupa su peso?		
50. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?		
51. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?		
52. ¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?		
53. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?		
PARA MUJERES SOLAMENTE		
54. ¿Ha tenido alguna vez un período menstrual?		
55. ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual?		
56. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		
Explique las respuestas de "Si." Aqui:		

Por la presente indico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas anteriores estan completas y correctas.

Firma del atleta_____Firma del padre/madre/tutor legal_____Fecha _____

Physical Examination Form

The section below is to be completed by physician or staff after history and consent forms are completed.

ANEXO A-1

Student's Name:_____ DOB: _____

Height:_____Weight:_____%BMI (optional):_____ Pulse:_____BP:_____/_____, (_____/_____,_____/_____)

Vision: R 20/_____L 20/_____ Corrected: Y N Pupils: Equal_____Unequal _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Other Information: _____

MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart [1] • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) [2]		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic [3]		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional • Duck walk, single leg hop		

[1] Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam

[2] Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended.

[3] Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric setting if a history of significant concussion.

Clearance

- ☐ 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 evaluated the above -named student and completed the Pre-Participation Physical Evaluation. The athlete does not present apparent contraindications to practice, tryout 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 parent. 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/ Provider: (print/ type/ stamp)_____(MD, DO, NP or PA) Date: _____

Address:_____Phone: _____

Signature of Physician/ Provider: _____

Modified from American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine, 2010.