

# EVALUACIÓN FÍSICA PRE-PARTICIPACIÓN

## Documento de Historial Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha del Examen \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicinas y Alergias:** Por favor escriba todos los medicamentos recetados y suplementos (hierbas y nutricional) que está tomando actualmente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No En caso de sí, por favor especifique su alergia a continuación

Medicinas  Pólenes  Comida  Insectos que piquen

Explique cualquier respuesta de "Sí" al dorso. Ponga un círculo alrededor cualquier pregunta de que no sabe la respuesta

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez su doctor le ha restringido o negado su participación en deportes por cualquier razón?		
2. ¿Tiene alguna condición médica continua?: Identifíquelo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Alguna vez se ha quedado la noche en un hospital?		
4. ¿Ha tenido alguna cirugía?		
PREGUNTAS DE SU SALUD CARDIACA	Sí	No
5. ¿Alguna vez se ha desmayado DURANTE o DEPUES de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestia, dolor, opresión, o presión en su pecho durante ejercicio?		
7. ¿Alguna vez se le ha acelerado su corazón o faltado latidos (ritmo irregular) durante ejercicio?		
8. ¿Alguna vez su doctor le ha dicho que tiene problemas cardíacos? Si así es, marque todos que aplican: <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Un soplo del corazón <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____		
9. ¿Alguna vez el doctor le ha ordenado un estudio del corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Usted se siente mareado o siente más falta de aire que se espera durante ejercicio?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión sin explicación?		
12. ¿Alguna vez siente más cansado o falta de aire antes que sus compañeros durante el ejercicio?		
PREGUNTAS DE SALUD CARDIACA SOBRE SU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Ha fallecido algún miembro de su familia debido a problemas cardíacos o ha muerto inesperadamente o sin explicación antes de 50 años de edad (incluso ahogarse, accidente de automóvil inexplicable, o síndrome de muerte súbita)?		
14. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, el síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolamínérgica?		
15. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos, un marcapasos, o un defibrilador implantado?		
16. ¿Alguien en su familia se ha desmayado sin explicación, convulsiones sin explicación, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIÓN	Sí	No
17. ¿Alguna vez ha tenido herido un hueso, músculo, ligamento, o tendón que le hizo faltar práctica o un partido?		
18. ¿Alguna vez ha tenido algún hueso quebrado o fracturado o articulaciones dislocadas?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una herida que requería radiografías, MRI, CT, inyecciones, terapia, abrazadera, yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura de estrés?		
21. ¿Le han dicho alguna vez que tiene o ha tenido usted una radiografía para la inestabilidad del cuello o de la inestabilidad atlantoaxial?		

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIÓN (continuación)	Sí	No
22. ¿Usa regularmente una abrazadera, aparato ortopédico u otro aparato de ayuda?		
23. ¿Tiene alguna herida de hueso, músculo, o articulación que le molesta?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones llega a estar adolorida, hinchada, se siente caliente, o se ve roja?		
25. ¿Tiene historial médico de artritis juvenil o enfermedad de tejido de piel?		
PREGUNTAS MEDICAS	Sí	No
26. ¿Usted tose, jadea, o tiene dificultad al respirar durante o después ejercicio?		
27. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicina para asma?		
28. ¿Alguien en su familia tiene asma?		
29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene dolor en la ingle, o un bulto doloroso o una hernia en la ingle?		
31. ¿Ha tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tiene algún sarpullido, úlceras de presión u otros problemas de la piel?		
33. ¿Ha tenido herpes o una infección de la piel llamada MRSA?		
34. ¿Ha tenido una lesión cerebral o conmoción cerebral?		
35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o un golpe en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene historial médico de trastorno convulsivo?		
37. ¿Le da dolor de cabeza con ejercicio?		
38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después de ser golpeado o caerse?		
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
40. ¿Alguna vez se ha enfermado durante el ejercicio en el calor?		
41. ¿Le da calambres frecuentes de músculos mientras hace ejercicio?		
42. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
43. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o la visión?		
44. ¿Ha tenido alguna lesión de los ojos?		
45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usa protectores de ojos como gafas protectores o un escudo facial?		
47. ¿Se preocupa usted por su peso?		
48. ¿Está tratando de o alguien ha recomendado que usted gane o pierda peso?		
49. ¿Está usted en una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
51. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
SOLAMENTE MUJERES		
52. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Por medio de la presente declaro que por lo que yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION  
Physical Examination Form

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span greater than height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only - if the patient is symptomatic, has a history of abdominal surgery, or will be participating in high risk sports such as football, wrestling, soccer, and rugby). <sup>b</sup>		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic <sup>c</sup>		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup>Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

<sup>b</sup>Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

<sup>c</sup>Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

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 certify that I have examined the above student and recommend him/her as being able to compete in supervised athletic activity as dictated by the clearance recommendations above.

Name of physician (print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of physician \_\_\_\_\_, MD, DO, PA or NP

# ESPAÑOL AL REVERSO

## HOLLAND PUBLIC SCHOOLS

600 Van Raalte Avenue • Holland, MI 49423 ■ PH 616 494-2250 ■ FAX 616 393-7556

### EMERGENCY INFORMATION – AND – PERMISSION TO TREAT

Name _____	Grade/School _____
Parent/Guardian Name(s) _____	Parent/Guardian Name(s) _____
Street _____	Street _____
Home PH _____ - _____ - _____	Home PH _____ - _____ - _____
Daytime PH _____ - _____ - _____	Daytime PH _____ - _____ - _____
Evening PH _____ - _____ - _____	Evening PH _____ - _____ - _____

### EMERGENCY CONTACTS

Name 1 _____	Name 2 _____
Relationship _____	Relationship _____
Home PH _____ - _____ - _____	Home PH _____ - _____ - _____
Daytime PH _____ - _____ - _____	Daytime PH _____ - _____ - _____
Evening PH _____ - _____ - _____	Evening PH _____ - _____ - _____

### PHYSICIAN CONTACT INFO

Family Physician _____	Other Physician _____
Office PH _____ - _____ - _____	Office PH _____ - _____ - _____
Emergency PH _____ - _____ - _____	Emergency PH _____ - _____ - _____

### INSURANCE INFORMATION

Family Insurance Company/Carrier \_\_\_\_\_  
Contract/Group Number \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Please Detail Any Special Medical Information Below

(allergies, bee sting allergies, known drug reactions, current prescribed medications, asthma, seizure disorders, heart condition or disease, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERMISSION TO TREAT

I, \_\_\_\_\_, hereby give permission for my son/daughter, \_\_\_\_\_, to undergo medical treatment for any injury or illness he/she may sustain or acquire while engaged in athletics with Holland Public Schools. I understand the medical personnel of Holland Public Schools, including athletic trainers and team physicians will perform only those procedures within their training, credentialing, and scope of professional practice to prevent, care for, and rehabilitate athletic injuries. In the event more serious medical procedures are required and I cannot be contacted for my consent, I authorize any licensed medical practitioner to perform such procedures medically necessary to alleviate the problem.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# ENGLISH IS ON THE OTHER SIDE

## ESCUELAS PÚBLICAS DE HOLLAND

600 Van Raalte Avenida • Holland, MI 49423 ■ TEL. 616 494-2250 ■ FAX 616 393-7556

### INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA Y PERMISO PARA BRINDAR ATENCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado / Escuela \_\_\_\_\_  
Nombre(s) del Padre/Tutor(es) \_\_\_\_\_ Nombre(s) del Padre/Tutor(es) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Tel. de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Tel. en el Día \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. en el Día \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Tel. en la Tarde \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. en la Tarde \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre 1 \_\_\_\_\_ Nombre: 2 \_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Tel. de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Tel. en el Día \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. en el Día \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Tel. en la Tarde \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. en la Tarde \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE MÉDICO

Médico de la Familia \_\_\_\_\_ Other Physician \_\_\_\_\_  
Tel. de oficina \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de oficina \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Tel. de Emergencia \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de Emergencia \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Empresa de Seguros de la /Aseguradora \_\_\_\_\_  
Número de Contrato/Grupo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### POR FAVOR anote abajo, a detalle, cualquier tipo de información médica especial

(alergias, alergias a piquetes de abeja, reacciones conocidas a fármacos, medicamentos recetados que actualmente toma, asma, trastornos con convulsiones, cardiopatías, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERMISO PARA BRINDAR ATENCIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, aquí doy permiso para que mi hijo/hija, \_\_\_\_\_, reciba tratamiento médico para atender cualquier lesión o enfermedad que él/ella pueda padecer o adquirir mientras que practique un deporte con las Escuelas Públicas de Holland. Yo comprendo que el personal médico de las Escuelas Públicas de Holland, incluyendo los entrenadores deportivos y los médicos de los equipos, solo realizarán estos procedimientos en base a su entrenamiento, sus licencias y dentro del rango de su desempeño profesional para prevenir, cuidar y rehabilitar las lesiones deportivas. En caso de que se requieran procedimientos médicos más delicados y yo no pueda ser contactado para dar mi consentimiento, yo autorizo a cualquier profesional de la salud autorizado para realizar dichos procedimientos que son médicamente necesarios para remediar el problema.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_