



Formulario del Regreso a Deportes – COVID 19

Cualquier atleta que haya dado positivo en la prueba de Covid-19 **O** un atleta que haya tenido contacto cercano con un individuo confirmando positivo, y luego dicho atleta desarrollo síntomas pero sin hacerce la prueba, DEBE ser autorizado para el regreso a la actividad por un calificado, proveedor médico autorizado. (MD/DO/APRN/PA)

Nombre de atleta: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fechas:

De la prueba positiva _____ En que comenzaron los síntomas: _____ De la última fiebre ($\geq 100.4F$) _____

ESTE REGRESO AL DEPORTE SE BASA EN LA EVALUACIÓN DE HOY Fecha de evaluación: _____

Criterios para regresar (Por favor marque a continuación según corresponda)

Han pasado 10 días desde que aparecieron los primeros síntomas y los síntomas se han resuelto (Sin fiebre ($\geq 100.4F$) por 24 horas sin medicación antifebril, mejoría de los síntomas (tos, dificultad para respirar) **O** estuvo asintomático durante 10 días después de la prueba positiva

El deportista no fue hospitalizado debido a la infección por COVID-19.

Prueba cardíaca negativa para miocarditis / isquemia miocárdica (todas las respuestas a continuación deben ser no)

Dolor/opresión en el pecho con el ejercicio SI NO

Síncope inexplicable/amenaza de Síncope SI NO

Inexplicable/excesivo disnea/fatiga con esfuerzo SI NO

Nuevas palpitaciones SI NO

Soplo cardíaco en el examen SI NO

NOTA: Si alguna pregunta de detección cardíaca es positiva o si el atleta fue hospitalizado, considere la posibilidad de realizar más exámenes según lo indicado. Puede incluir: RXTx, Espirometría, PFTs, TC de pecho, Consulta de Cardiología.

El atleta **SI HA CUMPLIDO** con los criterios anteriores y está autorizado para iniciar el regreso a la actividad.

El atleta **NO HA** satisfecho los criterios anteriores y **NO ESTÁ** autorizado para regresar a la actividad.

Información del consultorio médico (Imprima/Selle):

Nombre del evaluador: _____

Número de teléfono de la oficina: _____ Número de fax: _____

Dirección del evaluador: _____

Firma del evaluador: _____