

**ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS
ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE
FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN
EN DEPORTES**

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Esta es una evaluación para la participación en deportes. . No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.

Instrucciones para el deportista: Por favor, revisa todas las preguntas junto con tu padre/madre/tutor legal y contéstalas lo mejor posible de acuerdo a lo que sepas.

Instrucciones para los padres de familia: Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

Instrucciones para el médico: Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar todas las respuestas que tiene como respuesta "Sí" o "No sé"

| En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí." | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.]? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enumere: | | |
| 2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes (Falcemia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Pantorrilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie | | |
| 20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿El deportista ha tenido: 1. Poco interés o placer en hacer las cosas; 2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas; 3. Se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia; 4. Ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿El deportista ha tenido algún problema de salud desde su última evaluación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí." | | |
| HISTORIA FAMILIAR | | |
| 24. ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años [Incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés, accidente de c | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ahogo]? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí":

Si necesita espacio adicional adjunte una hoja adicional

Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como parente de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.

Firma del parente/tutor legal: _____ Fecha: _____ N° telefónico: _____
 Firma del deportista: _____ Fecha: _____

Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia