

NORTH CAROLINA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION FORMULARIO DE EXAMINACION PARA LA PRE-PARTICIPACION EN LOS DEPORTES

TRADUCCION INDEPENDIENTE (Por Charlotte Community Health Clinic)

Nombre y Apellido del Paciente: _____ Edad: _____

Este es un examen de detección para la participación en los deportes. No es un sustituto para un amplio examen con el médico regular de su hijo en el cual se puede repasar información importante y preventiva sobre la salud.

Instrucciones para el Deportista: Por favor, revise todas las preguntas junto con su padre o tutor legal y contéstelas a su mejor habilidad.

Instrucciones para los Padres: Por favor, asegúrese que conteste todas las preguntas a su mejor habilidad. No divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo durante los deportes.

Instrucciones para los Médicos: Le recomendamos a usted que revise cuidadosamente estas preguntas y aclare todas las respuestas que contestó con un "Sí."

En el espacio abajo explique todas sus respuestas que contestó con un "Sí."	Si	No	No Sé
1. ¿Ha sido el deportista hospitalizado o ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está el deportista actualmente tomando algún medicamento o píldoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene el deportista alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez se ha desmayado el deportista o casi se ha desmayado DURANTE el ejercicio, por emoción o espanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se ha desmayado el deportista o ha perdido el conocimiento DESPUES del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido el deportista fatiga o cansancio extremo asociado con el ejercicio (a diferencia de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido el deportista problemas para respirar durante el ejercicio, o tos con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido diagnosticado el deportista con asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez le dijo un médico al deportista que tiene presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez le dijo un médico al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ordenó un médico 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"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez ha tenido el deportista molestias, dolor o presión en el pecho durante o después del ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o un latido irregular del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido el deportista alguna vez una lesión en la cabeza, ha sido pegado en la cabeza resultando en pérdida de conocimiento, o ha tenido una concusión cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido el deportista una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema relacionado con convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido el deportista alguna vez dolor punzante, problema de la espalda o el cuello o un nervio pellizcado (pinchado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el deportista alguna vez una lesión por calor (insolación) o calambres musculares severos con las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha tenido el deportista alguna vez problemas con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha dislocado, torcido, fracturado, quebrado, o tenido hinchazón repetidas veces el deportista u otro daño a los huesos o coyunturas? ¿Dónde? <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el deportista un trastorno alimenticio, o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o de su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene el deportista alguna enfermedad crónica (diabetes, asma, problemas de los riñones, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha tenido el deportista un problema médico o lesión desde su última evaluación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tiene el deportista rasgos de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIA FAMILIAR			
23. ¿Ha tenido algún miembro de la familia una muerte súbita e inesperada antes de los 50 años (incluyendo síndrome de muerte infantil súbita (SIDS), accidente vehicular, ahogamiento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha sufrido algún miembro de la familia ataques inexplicables del corazón, desmayos o convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Tiene el deportista un padre, una madre o un hermano con enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

He revisado y contestado todas las preguntas anteriores y aseguro que todas las respuestas son precisas. Además, doy permiso para que mi hijo participe en deportes.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del deportista: _____ Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

Physical Examination (Must be Completed by a Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician's Assistant)

Athlete's Name _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ BP _____ (_____% ile) / _____ (_____% ile) Pulse _____

Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

Optional Examination Elements – Should be done if history indicates

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

Clearance**:

- A. Cleared
- B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____
- C. Not cleared for: Collision Contact
- Non-contact _____ Strenuous _____ Moderately strenuous _____ Non-strenuous

Due to: _____

Additional Recommendations/Rehab Instructions: _____

Name of Physician/Extender: _____

Signature of Physician/Extender _____ MD DO PA NP
 (Signature and circle of designated degree required)

Date of exam: _____

Address: _____

Phone _____

Physician Office Stamp:

(** The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, diabetes, jaundice, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of convulsions or concussions, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)

This form is approved by the North Carolina High School Athletic Association Sports Medicine Advisory Committee and the NCHSAA Board of Directors.

This form is reviewed annually, and was last updated April 2012.