

# Exámenes previos a la participación en deportes escolares -Parte 1: Diligenciada por el estudiante o padre de familia

Revisado Mayo de 2017

## FORMULARIO DE HISTÓRIA MÉDICA

(Nota: este formulario debe ser diligenciado por el paciente y el padre de familia antes de ver al proveedor. El proveedor debe guardar este formulario en el registro médico)

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Deporte(s): \_\_\_\_\_

Medicinas y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos de receta médica y de venta libre así como suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando en la actualidad

¿Tiene alguna alergia? 0 Si 0 No Si la respuesta es sí por favor identifique cada alergia a continuación.

0 Medicamentos 0 Polen 0 Comidas 0 Picadura de insecto

Explique las respuestas "Si" a continuación. Encierre en un círculo las preguntas que no sabe cómo responder.

### PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cuándo fue el último chequeo médico del estudiante?  
Fecha: Mes/Año (Idealmente, cada 12 meses)

SI NO

2. ¿Alguna vez su médico u otro profesional de la salud le ha negado o restringido participación en deportes por cualquier razón?

3. ¿Tiene alguna condición médica en curso? Si es así, descríbalas a continuación.

4. ¿Ha tenido cirugía alguna vez?

### PREGUNTAS PERSONALES ACERCA DE SU SALUD CARDIACA

SI NO

5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se desmaya DURANTE o DESPUES de hacer ejercicio?

6. ¿Alguna vez ha tenido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho mientras que hace ejercicio?

7. ¿Siente que su corazón se agita o tiene palpitaciones irregulares cuando hace ejercicio?

8. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene problemas cardiacos? Si es así, seleccione todas las que correspondan:

- Presión arterial alta -- Un soplo en el corazón
- Colesterol alto -- Una infección cardiaca
- Enfermedad de Kawasaki Otra:

9. ¿Alguna vez su médico le ha ordenado un examen de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)

10. ¿Se siente mareado o que le falta la respiración más de lo esperado, o se cansa más fácilmente que sus amigos o compañeros de clase al hacer ejercicio?

11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?

### PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA

SI NO

12. ¿Algún miembro de su familia o pariente murió de problemas cardiacos o tuvo una muerte súbita inesperada antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita)?

13. ¿Alguien en su familia tiene marcapasos, un desfibrilador implantado o un problema cardíaco como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, la cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica, el síndrome de QT largo, el síndrome de QT corto, el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?

### PREGUNTAS ACERCA DE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES

SI NO

14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le impidiera participar en una práctica, un juego o un evento?

15. ¿Tiene algún problema en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?

### PREGUNTAS MEDICAS

SI NO

16. Tiene tos, silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?

17. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicina para el asma?

18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), un brazo o cualquier otro órgano?

19. ¿Tiene alguna erupción cutánea, úlceras de presión u otros problemas como herpes o infección por MRSA?

20. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?

21. ¿Ha tenido alguna vez adormecimiento, hormigueo o debilidad, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caer?

22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en altas temperaturas?

23. ¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?

24. ¿Tiene o ha tenido algún problema en los ojos o de visión?

25. ¿Se preocupa por su peso?

26. ¿Está intentando bajar/subir peso o alguien le ha recomendado que lo intente?

27. ¿Está en alguna dieta especial o Evita ciertos tipos de alimentos?

28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?

29. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir hoy?

### SOLO PARA MUJERES

SI NO

30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?

31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?

Explique a continuación las preguntas a las que respondió "si"

Por medio de la presente, afirmo que según mi mejor saber, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista \_\_\_\_\_ Firma del padre de familia/acudiente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ORS 336.479, Sección 1 (3) "El distrito escolar requerirá que los estudiantes que continúen participando en deportes en los grados 7 a 12 se sometan a un examen físico una vez cada dos años" Sección 1 (5) "Cualquier examen físico requerido en esta sección será llevado a cabo por (a) un médico que tenga una la licencia para practicar medicina sin restricciones, (b) médico homeopático con licencia, (c) auxiliar médico licenciado, (d) enfermero médico autorizado o (e) médico quiropráctico licenciado que tenga formación clínica y experiencia en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares .

# Exámenes previos a la participación en deportes escolares -Parte 1: Diligenciada por el médico

Revisado Mayo de 2017

## FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Deporte(s): \_\_\_\_\_

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	Índice de masa corporal (BMI):
BP: / ( / )	Pulso:	Visión R 20/ L20/ Corrección 0 SI 0 NO
MEDICO	NORMAL	CONCLUSIONES ANORMALES
Apariencia		
Ojos/orejas/nariz/garganta		
Nódulos linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Neurológico		
MUSCULOESQUELETO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñecas/manos/dedos		
Caderas/muslos		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pies/dedos		

Permiso para todos los deportes sin restricciones

Permiso para todos los deportes sin restricciones con recomendación para una valoración/tratamiento adicional para :

No tiene permiso

En espera de otra valoración

Para practicar ningún deporte

Para practicar ciertos deportes: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

He examinado al estudiante antes mencionado y he completado la evaluación física previa. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en el deporte(s) como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si las condiciones se presentan después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el proveedor puede rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las consecuencias potenciales se expliquen completamente al atleta (y los padres/acudientes). Este formulario es un duplicado exacto del formulario actual requerido por la Junta Estatal de Educación que contiene las mismas preguntas de historia y hallazgos del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escrito/impreso): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

*ORS 336.479, Sección 1 (3) "El distrito escolar requerirá que los estudiantes que continúen participando en deportes en los grados 7 a 12 se sometan a un examen físico una vez cada dos años" Sección 1 (5) "Cualquier examen físico requerido en esta sección será llevado a cabo por (a) un médico que tenga una licencia para practicar medicina sin restricciones, (b) médico homeopático con licencia, (c) auxiliar médico licenciado, (d) enfermero médico autorizado o (e) médico quiropráctico licenciado que tenga formación clínica y experiencia en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares .*

# Exámenes previos a la participación en deportes escolares –Protocolo del examen sugerido para el proveedor médico

Revisado Mayo de 2017

## MUSCULOESQUELETO

Pídale al paciente que:

1. Se pare de frente al examinador
2. Mire al techo, al piso, sobre los hombros, se toque de las orejas a los hombros
3. Encoja los hombros (contra una resistencia)
4. Abduzca los hombros 90 grados, mantenga contra la resistencia
5. Gire los brazos hacia fuera completamente
6. Flexione y extienda los codos
7. Brazos a los lados, codos flexionados a 90 grados, muñecas en pronación/supinación
8. Separe los dedos, haga un puño
9. Contraiga los cuádriceps, relaje los cuádriceps
10. "Camine como un pato, con las piernas separadas y los pies hacia afuera" 4 pasos del examinador
11. Se pare dando la espalda al examinador
12. Se toque los dedos de los pies con las rodillas rectas
13. Levante los talones, luego los dedos de los pies

Para revisar:

Articulaciones AC, estado general  
Movimiento de la columna cervical  
Fuerza del trapecio  
Fuerza deltoidea  
Movimiento del hombro  
Movimiento del codo  
Movimiento de la muñeca y el codo  
Movimiento de la mano y del dedo, deformidades  
Simetría y derrame de rodilla / tobillo  
Movimiento de cadera, rodilla y tobillo  
Simetría de los hombros, Escoliosis, movimiento de cadera, tendón de la corva  
Simetría de la pantorrilla, fuerza de las piernas

**EVALUACION DEL SOPLO** - La auscultación debe realizarse sentado, en decúbito supino y en cuclillas en una habitación tranquila usando el diafragma y la campana de un estetoscopio.

Hallazgo de auscultación de:

1. S1 Se escuchó fácilmente; sin soplo holosistólico, suave, de tono bajo
2. Normal S2
3. Sin click medio sistólico o eyección.
4. Soplo diastólico continuo ausente
5. No hay soplo diastólico temprano
6. Pulso femoral normal  
(Equivalente a los pulsos braquiales en fuerza y llegada)

Excluye:

VSD y regurgitación mitral  
Tetralogía, TEA e hipertensión  
Estenosis aórtica y pulmonar  
Conducto arterioso permeable  
Insuficiencia aórtica  
Coarctación

**EXAMEN DE MARFAN** – examine a todos los hombres cuya estatura sea mayor a 6'0" y 5'10" para las mujeres con ecocardiograma y examen de lámpara de hendidura cuando se encuentran dos de las siguientes:

1. Antecedentes familiares del síndrome de Marfan (este hallazgo por sí solo debe impulsar una investigación más profunda)
2. Soplo cardíaco o clic medio sistólico
3. Cifoscoliosis
4. Deformidad torácica anterior
5. Brazo más largo que la altura
6. Relación entre la parte superior del cuerpo y la parte inferior del cuerpo, mayor a un estándar de desviación por debajo de la media
7. Miopía
8. Lentes ectópicas

**TRAUMATISMO EN LA CABEZA--** ¿Cuándo puede un atleta volver a jugar después de un traumatismo en la cabeza?

Después de sufrir una conmoción cerebral, ningún atleta debe volver a jugar o practicar el mismo día. Anteriormente, a los atletas se les permitió volver a jugar si sus síntomas se resolvían dentro de los 15 minutos después la lesión. Los estudios han demostrado que el cerebro joven no se recupera tan rápidamente, por lo que la Legislatura de Oregón ha establecido una regla de que ningún jugador volverá a jugar después de una conmoción cerebral en ese mismo día y el atleta debe ser autorizado por un profesional de la salud antes de que se le permita volver a jugar o practicar.

Una vez que a un atleta se le permita volver a jugar, deben proceder con la actividad de forma gradual para permitir que su cerebro se reajuste al esfuerzo. El atleta puede completar un nuevo paso cada día. El horario de regreso al juego debe proceder de la siguiente manera, siguiendo el paz y salvo medico:

- Paso 1: Ejercicio ligero, incluyendo caminar o montar bicicleta estática. Sin levantamiento de pesas.
- Paso 2: Correr en el gimnasio o en el campo. Sin casco u otro equipo.
- Paso 3: Ejercicios de entrenamiento sin contacto en equipo completo. Puede comenzar El entrenamiento con pesas.
- Paso 4: Práctica o entrenamiento de contacto completo.

Paso 5: Juego.

Si los síntomas ocurren en cualquier paso, el atleta debe cesar la actividad y ser reevaluado por un proveedor de atención médica.

581-021-0041 Formulario y protocolo para exámenes físicos deportivos

1. La Junta de Educación del Estado adopta por referencia el formulario titulado "Examen previos a la participación en deportes escolares" con fecha de mayo de 2017 que debe ser usado para documentar el examen físico y establece el protocolo para realizar el examen físico. El formulario puede ser utilizado en formato impreso o electrónico. Los proveedores médicos pueden usar sus sistemas electrónicos de registro de salud para producir el formulario electrónico. Los proveedores médicos que realicen exámenes físicos de los estudiantes que participan en actividades extracurriculares en los grados 7 al 12 deben usar el formulario.
2. El formulario debe contener la siguiente declaración antes de la línea de firma del proveedor médico: Este formulario es un duplicado exacto de la forma actual requerida por la Junta Estatal de Educación que contiene las mismas preguntas de historia y hallazgos del examen físico. Yo también revisé el "Protocolo de examen sugerido".
3. Los proveedores médicos que realicen exámenes físicos a partir del 30 de abril de 2011 y antes del 1 de mayo de 2017 deben usar el formulario con fecha de mayo de 2010
4. Los proveedores médicos que realizan exámenes físicos en o después del 1 de mayo de 2017 y antes del 1 de mayo de 2018 pueden usar el formulario fechado en mayo de 2010 o el formulario fechado en mayo de 2017.
5. Los proveedores médicos que realicen exámenes físicos a partir del 1 de mayo de 2018 deberán usar el formulario fechado en mayo de 2017.

NOTA: El formulario se puede encontrar en el sitio web de la Asociación de Actividades Escolares de Oregon

(OSAA): (OSAA) website: <http://www.osaa.org> Stat. Auth.: ORS 326.051 Stats.

Implementado: ORS 336.479