

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO - VÁLIDO POR 2 AÑOS

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Recordatorios del médico:			
1. Considerar preguntas adicionales sobre temas más sensibles. <ul style="list-style-type: none"> • Te sientes estresado o bajo mucha presión? • Alguna vez te sientes triste, desesperado, deprimido o ansioso? • Te sientes seguro en tu casa o residencia? • Alguna vez ha probado cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco o salsa? • Durante los últimos 30 días, usó tabaco de mascar, tabaco o salsa? 		<ul style="list-style-type: none"> • Bebes alcohol o usas alguna otra droga? • Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento? • Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? • Usa el cinturón de seguridad, usa casco y condones? 	
1. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (Preguntas 4-13 del Formulario de historial).			
EXAMEN			
Altura:		Peso:	
BP: / (/)		Pulso:	Visión: R 20/ L 20/ Correcto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Apariencia			
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Marfan estigmas (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, hyperlaxity, la miopía, prolapso de la válvula mitral (MVP) y la insuficiencia aórtica) 			
Ojos, oídos, nariz y garganta Pupils equal			
<ul style="list-style-type: none"> • Audiencia 			
Los Ganglios Linfáticos			
Coraz*			
<ul style="list-style-type: none"> • Soplos (auscultación de pie, supina de auscultación y maniobra + / - Valsalva) 			
Pulmón			
Abdomen			
Piel			
<ul style="list-style-type: none"> • Herpes simplex virus (HSV), lesiones indicativas de Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA) o tinea corporis 			
Neurológicas			
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Cuello			
Volver			
Hombro y brazo			
Codo y antebrazo			
Muñeca, mano y dedos			
Cadera y muslo			
Rodilla			
Pierna y tobillo			
Pies y dedos de los pies			
Funcional			
<ul style="list-style-type: none"> • Test de postura en cucullas de doble pata, test de postura en cucullas de una sola pierna y test de gota en la Caja o gota en el paso 			
* Considere la posibilidad de electrocardiografía (ECG), ecocardiograma, la derivación a cardiología para cardíaco anormal de la historia o de los resultados del examen, o una combinación de estos.			
<input type="checkbox"/> Sexual para todos los deportes sin restricción durante dos (2) años. <input type="checkbox"/> Sexual para todos los deportes sin restricción por dos (2) años con recomendación para la evaluación adicional o el tratamiento para: <input type="checkbox"/> Desactivada para todos los deportes, sin restricción por menos de dos (2) años. Especificar los motivos y la duración de la aprobación de abajo: <input type="checkbox"/> No Sexualmente. <input type="checkbox"/> Pendiente de evaluación <input type="checkbox"/> Para cualquier deporte <input type="checkbox"/> Para ciertos deportes (por favor haga una lista): Motivo:			
Recomendaciones/Observaciones:			
He examinado al estudiante mencionado y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte(s) como se ha indicado anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede ser puesta a disposición de la escuela a petición de los padres. Si las condiciones surgen después de que el atleta ha sido sexualmente para la participación, el médico puede rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las consecuencias potenciales se explican completamente al atleta (y a los padres/tutores).			
Nombre del profesional sanitario (tipo/impresión):		Fecha de Expedición:	
Dirección:		Teléfono:	
Firma del profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/Quiropráctico):			

Este examen físico es válido por un período de 2 años a menos que el médico indique lo rec en el campo de las "Recomendaciones" mencionado anteriormente.

HISTORIAL MEDICO

Nota: Complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de su cita. El médico debe guardar una copia de este formulario en la tabla para sus registros.

Nota: Una lesión o condición médica resulta en una liberación médica separada.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Fecha de examinación:

Sexo asignado al nacimiento (F, M o intersexual):

¿Cómo identificas tu género? (F, M u otro):

Lista de condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:

Medicamentos y suplementos: enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican):

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE VERSION 4 (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas (respuesta en círculo)?

	De Ningun Modo	Varios Dias	Mas de la Mitad de los Dias	Casi todos los Dias
Sintiéndose nervioso, ansioso o en el borde	0	1	2	3
No poder parar o controlar preocuparse:	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas:	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza:	0	1	2	3

Una suma de ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescala (preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4) para propósitos de evaluación.

Explique las respuestas de "Si" al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES		Si	No
1.	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?		
2.	¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3.	¿Tiene algún problema médico en curso o una enfermedad reciente?		
PREGUNTAS DE HEART SALUD SOBRE USTED		Si	No
4.	¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?		
5.	¿Alguna vez ha tenido molestia, dolor, resistencia o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6.	¿Su corazón alguna vez corre o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7.	¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez ha pedido un médico una prueba para tu corazón? (Por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía?		
9.	¿Se mareo o se siente más corto de aire que sus amigos durante el ejercicio?		
10.	¿Alguna vez ha tenido un ataque?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZON SOBRE SU FAMILIA		Si	No
11.	¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o un inexplicable accidente automovilístico)?		
12.	¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de br obligatoria o taquicardia catecolaminérgica polimórfica del ventrículo (CPVT)?		
13.	¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULANACIONES		Si	No
14.	¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le causó perder una práctica o un juego?		
15.	¿Tiene alguna lesión en los huesos, los músculos, los ligamentos o las articulaciones que le moleste?		

PREGUNTAS MEDICAS		Si	No
16.	¿Tose, tiene sibilancia o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18.	¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o una protuberancia dolorosa o una hern		
19.	¿Tiene usted alguna erupción o sarpullido recurrente en la piel que vaya y venga, incluyendo el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
20.	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21.	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo y debilidad en sus brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o elegidos?		
22.	¿Alguna vez se enfermó mientras era el sucesor en el calor?		
23.	¿Usted, o alguien en su familia, tiene el rasgo drepanocítico o la enfermedad?		
24.	¿Ha tenido, o tiene, algún problema con sus ojos o visión?		
25.	¿Te preocupa tu peso?		
26.	¿Está intentando, o alguien ha recomendado, que usted Hunter o pierda peso?		
27.	¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28.	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?		
SOLO MUJERES		Si	No
29.	¿Alguna vez has tenido un periodo menstrual?		
30.	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?		
31.	¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?		
32.	¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?		

SI "SI," EXPLICA LAS RESPUESTAS AQUI

Por la presente declaro que, a mi entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del Atleta:
Firma del padre(s) o tutor:
Fecha:

DOCUMENTACIÓN DE PRE-PARTICIPACIÓN DE MSHSAA-REQUISITOS ANUALES

HISTORIA CLÍNICA PROVISIONAL	
<p>Nota: Complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años).</p> <p>Nota: una lesión o condición médica resulta en una liberación médica separada.</p>	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Fecha de examinación:	
Sexo asignado al nacimiento (F, M o intersexual):	¿Cómo identificas tu género? (F, M u otro):
Lista de condiciones médicas pasadas y actuales:	
¿Se ha sometido a cirugía desde Su último examen Físico (físico) previo a la Participación? En caso afirmativo, enumere los procedimientos quirúrgicos:	
Medicamentos y suplementos: enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales):	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican):	
¿Le han diagnosticado alguna condición médica o de salud desde su Última revisión médica? En caso afirmativo, describase:	

Por la presente declaro que, a mi entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del Atleta:
Firma del padre(s) o tutor:
Fecha:

PERMISO DE LOS PADRES (Authorization para el Tratamiento, Liberacion de information Medica, e informacion del seguro)

Por su naturaleza, la participación en atletismo interescolar incluye el riesgo de lesiones corporales graves y la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH, la Hepatitis B, el síndrome respiratorio agudo severo (COVID-19) y / o cualquier mutación o variación de los mismos. Aunque las lesiones graves no son comunes y el riesgo de transmisión del VIH es casi inexistente en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todo riesgo. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, reportar todos los problemas físicos e higiénicos a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento apropiado, e inspeccionar su propio equipo diariamente. **LOS PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES QUE NO DESEEN ACEPTAR EL RIESGO DESCRITO EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR EN EL DEPORTE PATROCINADO POR EL MSHSAA SIN LA FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DEL PADRE/TUTOR/S.**

Acto que en el caso de lesiones o enfermedades que requieran transporte a un centro de salud, se hará un intento razonable de contactar al padre o tutor en el caso de que el estudiante-atleta sea menor de edad, pero que, si es necesario, el estudiante-atleta será transportado por ambulancia al hospital más cercano.

Por la presente damos nuestro consentimiento para que el alumno anterior represente a su escuela en el atletismo interescolástico. También consentimos acompañar al equipo en viajes y no hacemos responsable a la escuela en caso de accidente, lesión o enfermedad, ya sea en el camino hacia o desde otra escuela o durante la práctica o una competencia interescolar; y por la presente acordamos mantener el distrito escolar del cual esta escuela es parte y el MSHSAA, sus empleados, agentes, representantes, entrenadores y voluntarios, libres de cualquier responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, reclamaciones o demandas de cualquier tipo y naturaleza que puedan surgir por o en relación con la participación de mi hijo/pupila en cualquier actividad relacionada con el programa interescolar de su escuela.

En el caso de una emergencia o cuando los Padres o el Tutor no pueden supervisar directamente los servicios de atención médica que necesita el estudiante por lesiones o enfermedades sufridas en cualquier práctica atlética, ejercicio de acondicionamiento o concurso, también doy mi consentimiento a la prestación de los servicios de atención médica necesarios para el estudiante por un proveedor calificado (QP) que cubre la práctica atlética, ejercicio de acondicionamiento o concurso, incluyendo un entrenador Atlético, médico, médico asistente, enfermero profesional u otro profesional con formación médica autorizado por el Estado de Missouri (o el estado en el que ocurre la lesión o enfermedad del estudiante) y que está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley estatal. En situaciones de emergencia, el QP también puede ser un paramédico certificado o un técnico médico de emergencia para el propósito de proporcionar la atención médica de emergencia y el transporte. Los servicios de atención de la salud se definen como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios, atención de emergencia, estabilización, tratamiento y remisión. Además, autorizo al QP que proporciona tales servicios de atención médica a divulgar dicha información sobre la lesión o enfermedad del estudiante, el diagnóstico, la atención y el tratamiento en el juicio profesional del QP al director Atlético del estudiante, los entrenadores, la enfermera de la escuela y cualquier profesor de la sala de clases requerido para proporcionar la acomodación académica para asegurar la recuperación del estudiante y el regreso seguro a la actividad. Si el (los) padre (s) O Tutor cree que el estudiante necesita más evaluación, tratamiento, rehabilitación o servicios de atención médica para la lesión o enfermedad, el estudiante puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección.

Para que la MSHSAA pueda determinar si el estudiante aquí nombrado es elegible para participar en el atletismo interescolar en la escuela miembro de la MSHSAA, doy mi consentimiento para la liberación de todas y cada una de las porciones de los archivos de registro de la escuela a la MSHSAA, comenzando con el séptimo grado, del estudiante aquí nombrado, incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia de los padres o de los tutores, dirección de residencia del estudiante, trabajo académico completado, calificaciones recibidas, y datos de asistencia.

Confirmamos que esta solicitud para que el alumno anterior represente a su escuela de atletismo interescolar se hace entendiendo que hemos figur y entendido los estándares de elegibilidad que nuestro hijo/a debe cumplir para representar a su escuela y que no ha violado ninguno de ellos. También entendemos que si nuestro hijo / a no cumple con los estándares de ciudadanía establecidos por la escuela o si es expulsado de un concurso interescolar debido a un entiendo no deportivo, podría resultar en que no se le permita participar en el siguiente concurso o suspensión del equipo, ya sea temporal o permanentemente.

Doy mi consentimiento al uso por parte de la MSHSAA del nombre del estudiante, su semejanza y la información relacionada con el deporte en informes de concursos, literatura promocional de la asociación y otros materiales y publicaciones relacionados con el atletismo interescolástico.

Asimismo, declaramos que hemos completado la parte de este certificado que nos obliga a enumerar todas las lesiones previas o condiciones adicionales que conocemos que puedan afectar al desempeño o tratamiento de este atleta y certificamos que es correcta y completa.

Los Estatutos de la MSHSAA establecen que no se permitirá que un estudiante practique o compita por una escuela hasta que se verifique que tiene cobertura básica de salud/seguro de accidentes, que incluye el atletismo. Nuestro hijo / a está cubierto por el seguro básico de salud / accidente para el año escolar actual como se indica a continuación:

Nombre de la compañía de Seguros:	Numero De Política:
Firma del padre(s) o tutor:	Fecha:
¿Este estudiante ha sufrido alguna enfermedad desde su último examen físico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Convenio de ESTUDIANTES (sobre Las condiciones de Participación)

Esta aplicación para representar a mi escuela en atletismo interescolar es totalmente voluntaria por mi parte y se hace con el entendimiento de que he estudiado y entender las normas de elegibilidad que debe cumplir para representar a mi escuela y que no he violado ninguna de ellas.

He leído, he entendido, y recibo acusando recibo del folleto de MSHSAA titulado "cómo Mantener y Declarar su Elegibilidad de la escuela secundaria," que contiene un Resumen de las reglas de elegibilidad de la MSHSAA. (Acto que una copia del manual de MSHSAA está en archivo con el director y el administrador Atlético y que puedo revisarlo en su totalidad, si así lo elijo. Todas las leyes y reglamentos de MSHSAA del manual también se publican en el sitio web de MSHSAA en www.mshsaa.org).

Acto que una escuela miembro de MSHSAA debe adherirse a todas las reglas y regulaciones que pertenecen a los programas de atletismo interescolares patrocinados por la escuela, y reconozco que las reglas locales pueden ser más estrictas que las reglas de MSHSAA.

También acto que si no cumplo con los estándares de ciudadanía establecidos por la escuela o si soy expulsado de un concurso interescolar debido a un entiendo no deportivo, podría resultar en que no se me permita participar en el próximo concurso o suspensión del equipo, ya sea temporal o permanentemente.

Acto que si dejo una clase, tomo el trabajo del curso a través De la opción de Inscripción Post-Secundaria, Flexibilidad de crédito, u otras opciones contag, esta acción podría afectar el cumplimiento con los estándares académicos de MSHSAA y mi elegibilidad.

Acto que la participación en el atletismo interescolar es un privilegio y no un derecho. Como estudiante deportista, acto y acepto las siguientes responsabilidades:

- Respetaré los derechos y creencias de los demás y trataré a los demás con cortesía y consideración.
- Seré totalmente responsable de mis propias acciones y de las consecuencias de mis acciones.
- Respetaré la propiedad de otros.
- Respetaré y obedeceré las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Voy a Mostrar respeto a aquellos que son responsables de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

He completado y / o verificado esa parte de este certificado que me obliga a enumerar todas las lesiones previas o condiciones adicionales que se conocen que pueden afectar mi desempeño al representar a mi escuela, y verifico que es correcto y completo.

Firma del Atleta:

Fecha:

¿Ha experimentado alguna condición médica desde su último examen físico?

 Si No**FIRMA de los PADRES y del ESTUDIANTE (Materials para la conmocion Cerebral)**

Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y enfermedades a mi escuela y personal médico (entrenador de atletismo/médico del equipo) incluyendo cualquier signo y síntoma de una conmoción CEREBRAL. He recibido y leído los materiales de MSHSAA sobre conmociones cerebrales, que incluyen información sobre la definición de una conmoción cerebral, síntomas de una conmoción cerebral, qué debo hacer si tengo una conmoción cerebral y cómo prevenir una conmoción cerebral. Informaré a mi entrenador de la escuela y al médico del equipo inmediatamente si experimento alguno de estos síntomas o si soy testigo de un compañero de equipo con estos síntomas.

Firma del Atleta:

Fecha:

Firma del padre(s) o tutor:

Fecha:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre(s) o Tutor

Dirección

Número De Teléfono

Nombre del Contacto

Relación con el Atleta

Número De Teléfono

Nombre del Contacto

Relación con el Atleta

Número De Teléfono