



EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Para los padres o tutores:

Los estudiantes del 9.º al 12.º grado deben tener una evaluación física anual previa a la participación con fecha del 1 de abril de 2020 o en una fecha posterior durante este año escolar para poder participar en las actividades deportivas de los eventos interescolares de las Escuelas Públicas del Condado de Frederick (Frederick County Public Schools, FCPS).

La evaluación médica la llevará a cabo un médico matriculado, un enfermero practicante certificado o un asistente médico certificado bajo la supervisión de un médico matriculado.

La evaluación física preparticipativa consta de tres partes: un formulario de historia clínica (página 1), un formulario de examen físico (página 2) y un formulario de historia clínica suplementario para deportistas con necesidades especiales (página 3).

Si un estudiante deportista sufre una lesión, enfermedad o cirugía importante después de presentar la evaluación física anual previa a la participación se requiere una carta de autorización de un médico, enfermero practicante o asistente médico certificado bajo la supervisión de un médico matriculado para que el estudiante pueda continuar participando.

Solo el personal de salud y educación con un interés educativo legítimo por su hijo(a) tendrá acceso a la información de salud que se presentara a la escuela.

Las fechas de inicio de las actividades deportivas para el período 2020-2021 son:

- Otoño: miércoles, 12 de agosto de 2020
- Invierno: sábado, 14 de noviembre de 2020
- Primavera: lunes, 1 de marzo de 2021

EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

(Nota: El paciente y sus padres deben llenar este formulario antes de ver al médico.)

Fecha del examen _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y alergias. Por favor indica todos los medicamentos con receta o de venta libre, y suplementos (herbales y nutricionales) que tomas actualmente

¿Sufres de alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, especifica a continuación la alergia.
 Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

En la parte inferior, explica las respuestas afirmativas. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico te ha prohibido o limitado la participación en deportes por alguna razón?			26. ¿Presentas tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
2. ¿Actualmente sufres de alguna condición médica? En caso afirmativo, indica a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____			27. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Has sido hospitalizado alguna vez?			28. ¿Alguien en tu familia sufre de asma?		
4. ¿Alguna vez has tenido cirugía?			29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, ojo, testículo (hombres), el bazo o algún otro órgano?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez te has desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			31. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Alguna vez has experimentado molestias, dolor o presión en el pecho mientras haces ejercicio?			32. ¿Tienes alguna erupción, llagas por presión u otros problemas de la piel?		
7. ¿Tu corazón se acelera o experimentas latidos irregulares mientras haces ejercicio?			33. ¿Has tenido herpes o una infección de la piel por SARM?		
8. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes problemas del corazón? Si es así, marca todos los que correspondan: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____			34. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?		
9. ¿Alguna vez un médico te ha indicado hacerte una prueba del corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma...)			35. ¿Alguna vez has recibido un golpe en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Sientes mareo o mayor dificultad para respirar de la esperada mientras haces ejercicio?			36. ¿Tienes antecedentes de trastornos convulsivos?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?			37. ¿Sufres dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
12. ¿Te sientes más cansado o experimentas dificultad para respirar más rápidamente que tus amigos mientras haces ejercicio?			38. ¿Alguna vez has experimentado entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de una caída o de un golpe?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No	39. ¿Alguna vez has sentido que no puedes mover los brazos o las piernas después de una caída o de un golpe?		
13. ¿Alguno de tus familiares o parientes ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluidos ahogamiento, accidente automovilístico misterioso o síndrome de muerte súbita infantil)?			40. ¿Alguna vez te has sentido mal mientras haces ejercicio cuando hace calor?		
14. ¿Alguien en tu familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Experimentas calambres musculares frecuentemente cuando haces ejercicio?		
15. ¿Alguien en tu familia padece de problemas cardíacos, usa un marcapasos o tiene un desfibrilador implantado?			42. ¿Tú o alguien de tu familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
16. ¿Alguien en tu familia ha experimentado desmayos o convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?			43. ¿Has tenido algún problema en los ojos o en la visión?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No	44. ¿Has sufrido alguna lesión en los ojos?		
17. ¿Alguna vez has perdido una práctica o partido por sufrir una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?			45. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez te has roto o fracturado un hueso, o dislocado una articulación?			46. ¿Usas protección para los ojos, como anteojos protectores o un protector facial?		
19. ¿Alguna vez has necesitado radiografías, resonancia magnética, TAC, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico, un yeso o muletas por una lesión?			47. ¿Te preocupa tu peso?		
20. ¿Alguna vez has sufrido una fractura por estrés?			48. ¿Intentas aumentar o bajar de peso, o alguien te lo ha recomendado?		
21. ¿Alguna vez te han diagnosticado o te han hecho una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o atlantoaxial (síndrome de Down o enanismo)?			49. ¿Tienes una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico, ortesis u otro dispositivo de asistencia?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
23. ¿Tienes una lesión ósea, muscular o articular que te moleste?			51. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría consultar con un médico?		
24. ¿Tienes dolor, inflamación, calentura o enrojecimiento en alguna articulación?			SOLO PARA MUJERES		
25. ¿Tienes antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Has tenido alguna vez un período menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
			54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica tus respuestas afirmativas aquí

Por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

EXAMEN			
Estatura	Peso	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
PA / (/)	Pulso	Visión D 20/	I 20/
		Corregido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Aspecto • Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar muy arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, longitud del brazo > estatura, hiperlaxitud, miopía, Prolapso Mitral, insuficiencia aórtica)			
Ojos/oídos/nariz/garganta • Pupilas isocóricas • Audición			
Ganglios linfáticos			
Corazón ^a • Soplos (auscultación de pie, supina, +/- Valsalva) • Localización del punto de máximo impulso (PMI)			
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (solo hombres) ^b			
Piel • Herpes simple, lesiones sugestivas de SARM, tinea corporis			
Neurológico ^c			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/dedos			
Funcional • Marcha de pato, salto de una pierna			

^aSe recomienda realizar un ECG y un ecocardiograma, y referir al paciente a cardiología si el examen o los antecedentes cardíacos son anormales.

^bSe recomienda realizar un examen genitourinario si se evalúa al paciente en un entorno privado. Se recomienda la presencia de un tercero.

^cSe recomienda realizar una evaluación cognitiva o pruebas neuropsiquiátricas de referencia si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

- Autorizado para participar en todos los deportes sin restricciones.
- Autorizado para participar en todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluaciones o tratamientos adicionales por _____
- No autorizado
- En espera de evaluaciones adicionales
 - Para ningún deporte
 - Para algunos deportes _____
- Recomendaciones _____

ALERGIAS: _____

INFORMACIÓN PERTINENTE PARA ENTRENADORES, INSTRUCTORES O DIRECTORES DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS (P. EJ., CONMOCIÓN CEREBRAL, DIABETES, TRASTORNOS CONVULSIVOS, PROBLEMAS CARDÍACOS, ASMA, ETC.)

Nombre del médico (letra imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del profesional médico matriculado _____

Examiné al estudiante mencionado anteriormente y completé la evaluación física preparticipativa. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s), como se indica anteriormente. En el expediente en mi oficina se encuentra una copia del examen físico y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen afecciones de salud después de que el deportista haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se le expliquen completamente las posibles consecuencias al deportista (y a los padres o tutores).

■ Evaluación física preparticipativa de FCPS

DEPORTISTA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA SUPLEMENTARIO

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de diagnóstico de la discapacidad		
3. Clasificación (si está disponible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otro)		
5. Indique los deportes que desea practicar		
	Sí	No
6. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico, dispositivo de asistencia o prótesis?		
7. ¿Usas algún soporte ortopédico especial o dispositivo de asistencia para practicar deportes?		
8. ¿Tienes alguna erupción, llagas por presión o cualquier otro problema de la piel?		
9. ¿Tienes problemas de audición? ¿Usas una prótesis auditiva?		
10. ¿Tienes problemas de visión?		
11. ¿Usas algún dispositivo especial para el funcionamiento del intestino o de la vejiga?		
12. ¿Sientes ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Has tenido hiperreflexia autónoma?		
14. ¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tienes espasticidad muscular?		
16. ¿Sufres de convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicamentos?		

Explica tus respuestas afirmativas aquí

Por favor, indica si alguna vez has experimentado alguno de los siguientes.

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación radiográfica para diagnosticar inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el intestino		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
Entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambios recientes en la coordinación		
Cambios recientes en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explica tus respuestas afirmativas aquí

Por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____