

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." | Sí | No | No Sé |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Ha sido el deportista hospitalizado o ha tenido cirugía? | | | |
| 2. ¿Está el deportista actualmente tomando algún medicamento o píldoras? | | | |
| 3. ¿Tiene el deportista alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)? | | | |
| 4. ¿Alguna vez se ha desmayado el deportista o casi se ha desmayado DURANTE el ejercicio, por emoción o espanto? | | | |
| 5. ¿Se ha desmayado el deportista o ha perdido el conocimiento DESPUES del ejercicio? | | | |
| 6. ¿Ha tenido el deportista fatiga o cansancio extremo asociado con el ejercicio (a diferencia de otros niños)? | | | |
| 7. ¿Ha tenido el deportista problemas para respirar durante el ejercicio, o tos con el ejercicio? | | | |
| 8. ¿Ha sido diagnosticado el deportista con asma inducida por el ejercicio? | | | |
| 9. ¿Alguna vez le dijo un médico al deportista que tiene presión arterial alta? | | | |
| 10. ¿Alguna vez le dijo un médico al deportista que tiene una infección del corazón? | | | |
| 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? | | | |
| 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? | | | |
| 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? | | | |

| | | | |
|---|-----------|-----------|--------------|
| 14. ¿Ha tenido el deportista una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema relacionado con convulsiones inexplicables? | | | |
| En el espacio abajo explique todas sus respuestas que contestó con un "Sí." | Sí | No | No Sé |
| 15. ¿Ha tenido el deportista alguna vez dolor punzante, problema de la espalda o el cuello o un nervio pellizcado (pinchado)? | | | |
| 16. ¿Ha tenido el deportista alguna vez una lesión por calor (insolación) o calambres musculares severos con las actividades? | | | |
| 17. ¿Ha tenido el deportista alguna vez problemas con sus ojos o visión? | | | |
| 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 | | | |
| 19. ¿Ha tenido el deportista un trastorno alimenticio, o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o de su peso? | | | |
| 20. ¿Tiene el deportista alguna enfermedad crónica (diabetes, asma, problemas de los riñones, etc)? | | | |
| 21. ¿Ha tenido el deportista un problema médico o lesión desde su última evaluación? | | | |
| 22. ¿Tiene el deportista rasgos de células falciformes (Falcémia)? | | | |
| 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)? | | | |
| 24. ¿Ha sufrido algún miembro de la familia ataques inexplicables del corazón, desmayos o convulsiones? | | | |
| 25. ¿Tiene el deportista un padre, una madre o un hermano con enfermedad de células falciformes (Falcémia)? | | | |

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 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.)