

Distrito Escolar Unificado de Los Angeles Preparticipation Physical Evaluation

Appendix A (Spanish)

Fecha del examen: _____

Nombre del alumno(a): _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Doctor o proveedor médico personal: _____
 Persona a notificar en caso de emergencia: Nombre _____ Relación: _____
 Teléf. casa: _____ (Trab.): _____ (Cel.): _____ (Cel.): _____

Medicamentos y alergias: Por favor enumere todas las medicinas y suplementos (naturales y nutritivos) con o sin receta médica que actualmente toma

¿Padece de alguna alergia? Yes No Si marcó 'Sí', por favor identifique la alergia específica a continuación.

- Medicamentos Polen Alimentos Picaduras de insectos

El padre/madre/tutor legal y el alumno(a) deben llenar completamente esta sección antes de participar en el programa deportivo interescolar. Explique las respuestas con "Sí" a continuación. Marque con un círculo las preguntas que no sepa.

PREGUNTAS GENERALES Sí No

1	¿Alguna vez le ha negado un doctor la participación en los deportes por alguna razón?		
2	¿Padece de alguna afección médica constante? Si respondió 'Sí', por favor identifique a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
3	¿Alguna vez pasó la noche en el hospital?		
4	¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA Sí No

5	¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6	¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7	¿Su corazón a veces se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?		
8	¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardíacos? Si respondió 'Sí', marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____		
9	¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?		
10	¿Se mareo o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?		
11	¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicable?		
12	¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?		

PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA Sí No

13	¿Ha habido alguna muerte por problemas cardíacos o una muerte repentina e inesperada o inexplicable antes de los 50 años de algún miembro de su familia o pariente (incluyen ahogados, accidente automovilístico inexplicable, o síndrome de muerte infantil súbita)?		
14	¿Alguien de su familia padece de cardiomiopatía hipertrofica, síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo o corto, síndrome de Brugada o taquicardia catecolaminérgica polimórfica ventricular?		
15	¿Alguien de su familia padece de problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?		
16	¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algún ataque inexplicable, o ha estado a punto de ahogarse?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES Sí No

17	¿Ha tenido alguna lesión, tal como una torcedura, músculo o ligamento razzgado, o tendinitis que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?		
18	¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?		
19	¿Ha tenido alguna lesión que ha requerido rayos x, IRM, escáner TAC, una terapia de inyecciones, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?		
20	¿Alguna vez ha tenido una fractura de fatiga?		
21	¿Le han dicho alguna vez que se haga o se ha hecho una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial o del cuello? (Síndrome de Down syndrome o enanismo)		
22	¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortopático o de asistencia?		
23	¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?		
24	¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?		
25	¿Tiene un historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS Yes No

26	¿Tose, resolla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?		
27	¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?		
28	¿Alguien de su familia padece de asma?		
29	¿Nació sin un riñón o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
30	¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en la ingle?		
31	¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32	¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?		
33	¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?		
34	¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?		
35	¿Ha tenido algún golpe hit o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?		
36	¿Tiene un historial de trastorno de ataques?		
37	¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?		
38	¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?		
39	¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas luego de caerse o ser golpeado(a)?		
40	¿Alguna vez le ha dado náuseas o vómito mientras hacía ejercicio en el agua?		
41	¿Le dan calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?		
42	¿Usted o alguien de su familia tiene razzgos de o padece de anemia drepanocítica?		
43	¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?		
44	¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?		
45	¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
46	¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?		
47	¿Le preocupa su peso?		
48	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien se lo ha recomendado?		
49	¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?		
50	¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?		
51	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?		

PARA MUJERES SOLAMENTE

52	¿Alguna vez ha tenido su periodo menstrual?		
53	¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?		
54	¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique aquí las respuestas de "Sí":

Por la presente indico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas arriba están completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Physical Examination Form

The section below is to be completed by physician or staff after history and consent forms are completed

Page 2 of 2

Appendix A (Spanish)

Student's Name: _____ DOB: _____
 Height: _____ Weight: _____ %BMI (optional): _____ Pulse: _____ BP _____ / _____, (_____ / _____, _____ / _____)
 Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N Pupils: Equal _____ Unequal _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____
 Other Information: _____

MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance ● Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat ● Pupils equal ● Hearing		
Lymph Nodes		
Heart ¹ ● Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) ● Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ²		
Skin ● HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ³		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional ● Duck walk, single leg hop		

¹ Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam

² Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended.

³ Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric setting if a history of significant concussion.

Clearance

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
 - For any sports
 - For certain sports _____

Reason/Recommendations _____

I have evaluated the above named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent contraindications to practice, tryout and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parent. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Physician/ Provider: (print/ type/ stamp) _____ (MD, DO, NP or PA) Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician/ Provider: _____