

# Distrito Escolar Unificado de Los Angeles

## Evaluación física previa a la participación

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

Nombre y apellido del estudiante: _____		Sexo: _____		Edad: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Grado: _____		Escuela: _____		Deporte(s): _____			
Dirección: _____				Teléfono: _____			
Médico de cabecera/Proveedor de servicios médicos: _____							
En caso de emergencia comunicarse con: Nombre y apellido: _____				Relación: _____			
Teléfono (Casa): _____		(Trabajo): _____		(Celular): _____		(Celular): _____	

### Antecedentes

*El estudiante y su padre, madre o tutor deberán llenar cuidadosamente esta sección antes de participar en atletismo interescolar.*

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Crees que gozas de buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Toses, resollas o respiras con dificultad durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienes un problema de salud crónico (como diabetes o asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Hay alguien en tu familia que sufra de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Estás tomando actualmente algún medicamento o pastillas, con o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Alguna vez usaste un inhalador o tomaste medicamento para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes alergia a los medicamentos, al polen, a los alimentos, o a las picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Te falta o naciste sin un órgano, como uno de los riñones, un ojo, un testículo, u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez algún doctor ha negado o ha restringido tu participación en deportes por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayas MIENTRAS hacías ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Has tenido urticaria, escaras u otros problemas en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayas DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Has tenido una infección epitelial (de la piel) por herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez has sentido malestar, dolor o presión en el pecho al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Alguna vez te has lesionado la cabeza o sufrido una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tu corazón se acelera o sientes que se detiene al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Alguna vez te han golpeado la cabeza y te sentiste confundido o perdiste la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Te ha dicho el doctor alguna vez que tienes (marca con un círculo las que correspondan):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Alguna vez tuviste convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión                      Soplo en el corazón			35. ¿Tienes dolor de cabeza cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Elevado            Infección en el corazón			36. ¿Alguna vez has sentido entumecimiento, cosquilleos o debilidad en los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o de caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez un doctor te ha ordenado un examen para el corazón (por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Alguna vez no pudiste mover las manos o las piernas después de haber sido golpeado o de caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguien de tu familia ha fallecido sin ningún motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Al hacer ejercicio en el calor, ¿sufres de fuertes calambres o te enfermas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguien de tu familia tiene enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Algún doctor te ha dicho alguna vez que tú o alguien de tu familia sufren de anemia drepanocítica o anemia de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguno de los miembros de tu familia o un pariente ha fallecido por problemas al corazón o ha fallecido súbitamente antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Alguna vez tuviste problemas con los ojos o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguien de tu familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez has pasado una noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Usas anteojos protectores, como gafas o máscaras protectoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez te han operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Estás contento(a) con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te has lesionado con un esguince, desgarro muscular o de ligamentos, o tendinitis, y tuviste que faltar a un entrenamiento o partido? Si contestas que sí, marca más abajo la zona afectada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Estás tratando de engordar o adelgazar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez te has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado una articulación? Si contestas que sí, marca más abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Alguien te ha recomendado que modifiques tu peso o tus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez has sufrido una lesión a los huesos o articulaciones que requirieran radiografía, imagen por resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT), operación, inyecciones, rehabilitación, terapia física, aparatos ortopédicos, yeso o muletas? Si contestas que sí, marca más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. ¿Te limitas o controlas con cuidado lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza Cuello Hombro Parte superior del brazo Codo Pecho Manos/Dedos Antebrazo			47. ¿Tienes alguna inquietud que desearas discutir con un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo Pie/Dedos de los pies Parte superior de la espalda Cintura Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/Espinilla			<b>SÓLO PARA MUJERES</b>		
21. ¿Alguna vez sufriste una fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Alguna vez te han dicho que tienes o te has realizado una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?	_____	_____
23. ¿Usas regularmente un aparato ortopédico o un dispositivo auxiliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?	_____	_____
24. ¿Alguna vez te ha dicho algún doctor que tienes asma o alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Explica aquí tus respuestas "Sí": (Agrega hojas adicionales si es necesario)*

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

Firma: \_\_\_\_\_  
(Atleta)

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre, madre o tutor)

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

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	Initials*
Appearance			
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat			
Hearing			
Lymph Nodes			
Heart			
Murmurs			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			

## MUSCULOSKELETAL

Neck			
Back			
Shoulder/ Arm			
Elbow/ Forearm			
Wrist/ Hand/ Fingers			
Hip/ Thigh			
Knee			
Leg/ Ankle			
Foot/ Toes			

\*Multiple-examiner set-up only.

Notes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Clearance

Cleared without restriction  
 Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Not cleared for:  All Sports  Certain Sports: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Physician/ Provider: \_\_\_\_\_