



Este formulario debe ser mantenido en el archivo de la escuela y es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la evaluación que aparece en la página 2. Este formulario no es transferible; un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario requerirá que el mismo se vuelva a enviar.

Parte 1. Información sobre el estudiante (a ser completado por el estudiante o uno de los padres/tutor)

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____
 Dirección residencial: _____ Teléfono-hogar (____) _____
 Nombre del padre/madre/encargado: _____ Correo electrónico: _____
 Contacto en caso de emergencia: _____
 Relación con el estudiante: _____ Teléfono hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Cel. (____) _____
 Médico familia/personal: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono oficina: (____) _____

Parte 2. Historial médico (a ser completado por el estudiante o padre/madre). Explique si contestó "sí". Circule las preguntas de las que no sabe la contestación.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión médica desde su último chequeo o examen físico para deportes?	___	___	26. ¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?	___	___
2. ¿Tiene una enfermedad crónica al presente?	___	___	27. ¿Tiene tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después de una actividad?	___	___
3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado durante todo un día?	___	___	28. ¿Tienes asma?	___	___
4. ¿Alguna vez le han operado?	___	___	29. ¿Tiene alergias de temporadas que requieren tratamiento médico?	___	___
5. ¿Actualmente está tomando alguna medicina con o sin receta (de venta libre) o pastillas o usa un inhalador?	___	___	30. ¿Utiliza algún equipo especial de protección o corrección o dispositivos médicos que generalmente no se usan para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, cuello especial, órtesis para pies, derivación, retenedor de sus dientes o audífono)?	___	___
6. ¿Alguna vez ha tomado suplementos o vitaminas para ayudarle a ganar o perder peso o mejorar su desempeño físico?	___	___	31. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o su visión?	___	___
7. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, polen, látex, medicina, comida o picadas de insectos)?	___	___	32. ¿Llevas gafas, lentes de contacto o gafas protectoras?	___	___
8. ¿Alguna vez ha tenido una erupción o urticaria durante o después del ejercicio?	___	___	33. ¿Alguna vez ha tenido un esguince, tensión o hinchazón después de una lesión?	___	___
9. ¿Alguna vez se ha desmayado durante o después del ejercicio?	___	___	34. ¿Se ha roto, dislocado, fracturado algún hueso o articulación?	___	___
10. ¿Se ha sentido mareado durante o después del ejercicio?	___	___	35. ¿Ha tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	___	___
11. ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	___	___	<i>Si es así, marque el espacio en blanco apropiado y explique a continuación:</i>		
12. ¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	___	___	___ cabeza	___ codo	___ cadera
13. ¿Alguna vez ha tenido una arritmia de corazón? (Latidos del corazón irregulares)	___	___	___ cuello	___ antebrazo	___ muslo
14. ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	___	___	___ espalda	___ muñeca	___ rodilla
15. ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	___	___	___ pecho	___ mano	___ espinilla/pantorrilla
16. ¿Algún miembro de la familia o pariente murió debido a problemas del corazón o muerte súbita antes de los 50 años?	___	___	___ hombro	___ dedo	___ tobillo
17. ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	___	___	___ brazo superior	___ pie	
18. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier problema del corazón?	___	___	36. ¿Quiere ganar o perder de peso actualmente?	___	___
19. ¿Tiene algún problema actual de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos, ampollas o úlceras por presión)?	___	___	37. ¿Regularmente pierde de peso para alcanzar los requisitos de peso para su deporte?	___	___
20. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	___	___	38. ¿Siente que está estresado?	___	___
21. ¿Alguna vez le han eliminado, quedó inconsciente o perdió la memoria?	___	___	39. ¿Ha sido diagnosticado con anemia falciforme?	___	___
22. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?	___	___	40. ¿Ha sido diagnosticado con tener rasgo de células falciformes?	___	___
23. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o severos?	___	___	41. Dé las fechas de las más recientes inmunizaciones (vacunas):		
24. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	___	___	Tétano _____ Sarampión _____		
25. ¿Alguna vez ha tenido dolor debido a un nervio pinchado?	___	___	Hepatitis B _____ Varicelas _____		
			MUJERES SOLAMENTE (opcional)		
			42. ¿Cuándo tuvo su primer ciclo menstrual? _____		
			43. ¿Cuándo tuvo su ciclo menstrual más reciente? _____		
			44. ¿Cuánto tiempo usualmente transcurre desde el inicio de un ciclo menstrual al inicio del siguiente? _____		
			45. ¿Cuántos ciclos menstruales ha tenido en el último año? _____		
			46. ¿Cuál fue el periodo más largo entre ciclos menstruales en el último año? _____		

Explique sus contestaciones afirmativas "Sí" aquí: _____

Por la presente, declaramos, según nuestro mejor conocimiento, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Además de la evaluación médica de rutina requerida por s.1006.20, los Estatutos Florida y el Estatuto de FHSAA 9.7, declaramos que se nos ha informado que el estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como un electrocardiograma (EKG), ecocardiograma (ECG) y/o prueba de esfuerzo cardiaco.

Firma del estudiante _____ Fecha ____/____/____ Firma del padre/madre/encargado: _____ Fecha ____/____/____



Este formulario debe ser mantenido en el archivo de la escuela y es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la evaluación que aparece en la página 2.
Este formulario no es transferible; un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario requerirá que el mismo se vuelva a enviar.

Parte 3. Examen físico (a ser completado por un médico licenciado, médico osteopático licenciado, médico quiropráctico licenciado, asistente médico licenciado, o enfermera registrada certificada).

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/_____
 Estatura _____ Peso _____ % de grasa corporal _____ Pulso _____ Presión sanguínea ____/____ (____/____, ____/____)
 Temperatura: _____ Audición: derecho P____ F____ izquierdo P____ F____
 Visión: derecho 20/____ izquierdo 20/____ Corrección: Sí____ No____ Pupilas: iguales____ diferentes____

RESULTADOS	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES	INICIALES*
MÉDICO			
1. Apariencia	_____	_____	_____
2. Ojos/oídos/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. Ganglios linfáticos	_____	_____	_____
4. Corazón	_____	_____	_____
5. Pulso	_____	_____	_____
6. Pulmones	_____	_____	_____
7. Vientre	_____	_____	_____
8. Genitales (sólo en hombres)	_____	_____	_____
9. Piel	_____	_____	_____
MUSCULOESQUELÉTICO			
10. Cuello	_____	_____	_____
11. Espalda	_____	_____	_____
12. Hombro/brazo	_____	_____	_____
13. Codo/antebrazo	_____	_____	_____
14. Muñeca/mano	_____	_____	_____
15. Cadera/muslo	_____	_____	_____
16. Rodilla	_____	_____	_____
17. Pierda/tobillo	_____	_____	_____
18. Pie	_____	_____	_____

* solo si la evaluación fue hecha en estaciones (masiva)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN HECHA POR MÉDICO / ASISTENTE MÉDICO / ENFERMERA REGISTRADA CERTIFICADA

Por la presente declaro que cada examen arriba mencionado fue hecho por mí o por una persona bajo mi supervisión directa con la siguiente conclusión(es):

_____ Aprobado sin limitaciones
 _____ Discapacidad: _____ Diagnóstico: _____
 _____ Precauciones: _____
 _____ No aprobado para: _____ Razón: _____
 _____ Aprobado luego de haber completado la evaluación/rehabilitación para: _____
 _____ Referido a: _____ Para: _____
 Recomendaciones: _____
 Nombre del médico, asistente médico, enfermera registrada certificada (impreso): _____ Fecha ____/____/_____
 Dirección: _____
 Firma del médico, asistente médico, enfermera registrada certificada: _____



Asociación de Atletismo de Escuelas Superiores de Florida

EL2 Revisado 3/16

Participación en evaluación física (Página 3 de 3)

Este formulario debe ser mantenido en el archivo de la escuela y es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la evaluación que aparece en la página 2.

Este formulario no es transferible; un cambio de escuela durante el período de validez de este formulario requerirá que el mismo se vuelva a enviar.

Nombre del estudiante: _____

EVALUACIÓN DEL MÉDICO AL QUE FUE REFERIDO (si aplica)

Por la presente certifico que el examen para el que se hace referencia fue realizado por mí o por una persona bajo mi supervisión directa con las siguientes conclusiones:

_____ Aprobado sin limitaciones

_____ Discapacidad: _____ Diagnóstico: _____

_____ Precauciones: _____

_____ No aprobado para: _____ Razón: _____

_____ Aprobado luego de haber completado la evaluación/rehabilitación para: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico (impreso): _____ Fecha ____/____/____

Dirección: _____

Firma del médico: _____

Basado en las recomendaciones desarrolladas por la Academia Americana de Médicos de Familia, la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, la Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y la Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva.