

**SDHSAA FORMULARIO PROVISIONAL DE HISTORIAL MÉDICO DE PRE-PARTICIPACIÓN Complete y firme este formulario (con los padres si es menor de 18 años) en los años en que no se le haya dado un examen físico alestudiante.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Deportes: \_\_\_\_\_

Enumere todas las condiciones médicas pasadas y actuales	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre o los suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indíquelos aquí:	

¿Durante de las dos semanas ya pasadas, con qué frecuencia usted ha sido molestado con los siguientes problemas? Ponga un círculo a su respuesta.

	nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
No poder controlar tus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines examinación				

**RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE “EN AÑO QUE PASO” Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA “YES” LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:**

PREGUNTAS GENERALES	Yes	No	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (CONTINUACIÓN):	Yes	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			<b>PREGUNTAS MEDICAS</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?			16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o MRSA?		
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiogram o echocardiogram)					

			mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
9. ¿se siente mareado o siente que le falta aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
10. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA EN TU FAMILIA</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>			
11. ¿Algún miembro de TU familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
			25. ¿Le preocupa su peso?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? (CVPT)			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
			27. ¿Está usted llevando una dieta especial, o trata de evitar ciertas comidas o grupos de comidas?		
			28. ¿Alguna vez ha tenido un desorden alimenticio?		
			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			<b>SOLO PARA MUJERES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
			30. ¿Alguna vez ha menstruado?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	31. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por stress o sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un juego?			32. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

**CERTIFICACIÓN DE SALUD:**

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario están completas y son correctas y el estudiante nombrado arriba está físicamente apto para participar en deportes Inter escolares durante el año escolar actual, incluidas las áreas marcadas con "sí" arriba:

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor (para menores de 18): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

SDHSAA FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD: para ser completado (por el padre / tutor (si el estudiante es menor de 18 años) en los años en que se realiza un examen físico, antes del examen.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Deportes: \_\_\_\_\_

Enumere todas las afecciones médicas pasadas y actuales	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre o los suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indíquelos aquí:	

¿Durante de las dos semanas ya pasadas, con qué frecuencia usted ha sido molestado con los siguientes problemas? Ponga un círculo a su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
No poder controlar tus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines examinación				

**RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE “EN AÑO QUE PASO” Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA “YES” LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:**

PREGUNTAS GENERALES	Yes	No	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (CONTINUACIÓN):	Yes	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			<b>PREGUNTAS MEDICAS</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?			16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o MRSA?		
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiogram o echocardiogram)					

			mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
9. ¿se siente mareado o siente que le falta aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
10. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA EN TU FAMILIA</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>			
11. ¿Algún miembro de TU familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
			25. ¿Le preocupa su peso?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? (CVPT)			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
			27. ¿Está usted llevando una dieta especial, o trata de evitar ciertas comidas o grupos de comidas?		
			28. ¿Alguna vez ha tenido un desorden alimenticio?		
			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			<b>SOLO PARA MUJERES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
			30. ¿Alguna vez ha menstruado?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	31. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por stress o sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un juego?			32. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

**CERTIFICACIÓN DE SALUD:**

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario están completas y son correctas y el estudiante nombrado arriba está físicamente apto para participar en deportes Inter escolares durante el año escolar actual, incluidas las áreas marcadas con "sí" arriba:

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor (para menores de 18): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## SDHSAA FORMULARIO DE EXAMEN DE PREPARTICIPACION FISICA

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

fecha del Examen: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Anual/Bienal/Trienal \_\_\_\_\_

### Recomendaciones Físicas:

**1. Considere preguntas adicionales sobre temas sensibles:**

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez se sintió triste, desesperado, sin esperanza, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente Seguro en casa o donde vive?
- ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, tabaco masticable?
- ¿En los últimos treinta días, ¿ha mascado tabaco, olido o usado vaporizador?
- ¿Toma bebidas alcohólicas o usa drogas?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o usado algún suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ganar o perder peso, o para mejorar su rendimiento?
- ¿Usa cinturón de seguridad o casco?

**2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (#4-13 en el formato de la historia médica)**

EXAMEN			
Estatura:	Peso:	BP:	
Pulso:	Visión: R 20/      L 20/	Corregido?:	
MEDICO		Normal	Resultados Anormales
<b>Apariencia</b>			
Cabeza, Boca			
<b>Ojos, oídos, nariz, boca, garganta – Pupilas y oído</b>			
Ganglios linfáticos			
<b>Corazón* -sonidos del corazón, murmullos, pulso, ritmo, auscultación</b>			
Pulmones			
<b>Abdomen – Hígado, bazo, masa.</b>			
<b>Piel - HSV, Lesiones, estafia, MRSA, etc</b>			
<b>Neurológico</b>			

MUSCULOESQUELÉTICO	Normal	Resultados Anormales
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Muslo y cadera		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie & dedos		
Funcional • Prueba de sentadillas simple, prueba de sentadillas doble, prueba de caída de caja o de paso.		

\* Considere electrocardiograma (ECG), ecocardiograma, derivar a un cardiólogo en caso de historia cardiaca anormal o resultados en los exámenes una combinación de ambas.

**Participación en Deportes Recomendada por (Marque una):**

- Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones.
- Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluaciones futuras o tratamiento de: \_\_\_\_\_
- Eligible medicamente para ciertos deportes (indicar aquí): \_\_\_\_\_
- No eligible medicamente, futuras evaluaciones pendientes \_\_\_\_\_
- No eligible medicamente para ningún deporte \_\_\_\_\_

**Nombre del examinador** \_\_\_\_\_

**Firma del examinador:** \_\_\_\_\_

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

**Nota: SDCL permite al Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Doctor en Quiropráctica, Asistente Médico Licenciado y Enfermeros Practicantes Licenciados como aquellos que pueden brindar esta recomendación.**

\* Formulario adaptado con permiso © Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Médico Estadounidense, 2019.

\* Translated from English to Spanish by Nelly Nord on 05/23/2021, 605 295 5839.

\* Updated by Daniel Swartos on 3/27/2023. 605-224-9261