

**Alliance College-Ready Public Schools**  
**Evaluación Física Previa a la Participación**

Fecha del exámen: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

**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 "SI" a continuación. Marque con un círculo las preguntas que no sepa.*

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
1.	¿Alguna vez le ha negado un doctor la participación en los deportes por alguna razón?			26.	¿Tose, resolla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?		
2.	¿Padece de alguna afección médica constante? Si respondió 'Sí', por favor identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____			27.	¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?		
3.	¿Alguna vez pasó la noche en el hospital?			28.	¿Alguien de su familia padece de asma?		
4.	¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?			29.	¿Nació sin un riñón o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	30.	¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia dolorosa en la ingle?		
5.	¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			31.	¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
6.	¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?			32.	¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?		
7.	¿Su corazón a veces se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?			33.	¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?		
8.	¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardiacos? 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                  Otro: _____			34.	¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?		
9.	¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?			35.	¿Ha tenido algún golpe o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?		
10.	¿Se marea o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?			36.	¿Tiene un historial de trastorno de ataques?		
11.	¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicado?			37.	¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?		
12.	¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?			38.	¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?		
PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA		Sí	No	39.	¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas luego de caerse o ser golpeado(a)?		
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 inexplicado, o síndrome de muerte infantil súbita)?			40.	¿Alguna vez le ha dado náuseas o vómito mientras hacía ejercicio en el calor?		
14.	¿Alguien de su familia padece de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo o corto, síndrome de Brugada o taquicardia catecolaminérgica polimórfica ventricular?			41.	¿Le dan calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?		
15.	¿Alguien de su familia padece de problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?			42.	¿Usted o alguien de su familia tiene razgos de o padece de anemia drepanocítica?		
16.	¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algun ataque inexplicable o ha estado a punto de ahogarse?			43.	¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No	44.	¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?		
17.	¿Ha tenido alguna lesión, tal como una torcedura, desgarre muscular o de un ligamento o tendinitis, que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?			45.	¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
18.	¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?			46.	¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?		
19.	¿Ha tenido alguna lesion que ha requerido Rayos X, IRM, escaner, TAC, una terapia de inyecciones, un aparato ortopédico, yeso o muletas?			47.	¿Le preocupa su peso?		
20.	¿Alguna vez ha tenido una fractura de fatiga?			48.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien se lo ha recomendado?		
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)			49.	¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?		
22.	¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortótico o de asistencia?			50.	¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?		
23.	¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?			51.	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?		
24.	¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?			<b>PARA MUJERES SOLAMENTE</b>			
25.	¿Tiene un historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			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 "Si."							

Por la presente indico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas anteriores estan 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.

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 <sup>1</sup> ● Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) ● Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) <sup>2</sup>		
Skin ● HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic <sup>3</sup>		

## MUSCULOSKELETAL

Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional ● Duck walk, single leg hop		

<sup>1</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam

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

<sup>3</sup> 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: \_\_\_\_\_