

Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz

Hoja de Información Previa al Examen Físico

Debe ser completado por el Padre/Tutor

Nombre del Estudiante: _____ Edad del Estudiante: _____ Grado: _____

¿A qué Preparatoria asistirá el próximo año? _____

¿Quién es su médico/pediatra regular? _____

Marque la casilla situada junto a cualquier pregunta a la que se responda con un Sí :

- 1. ¿Está bajo tratamiento médico por algún motivo?
- 2. ¿Ha estado hospitalizado/a o ha sido operado/a alguna vez?
- 3. ¿Está tomando algún medicamento, inhalador o pastilla(s)?
- 4. ¿Tiene alguna alergia? (picaduras de abeja, medicamentos, alimentos, etc.)
- 5. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez durante o después del ejercicio?
- 6. ¿Ha tenido alguna vez dolores de pecho durante o después del ejercicio?
- 7. ¿Ha tenido alguna vez la presión alta?
- 8. ¿Le han dicho alguna vez que tiene un soplo en el corazón?
- 9. ¿Ha tenido alguna vez aceleración del corazón o latidos irregulares?
- 10. ¿Ha sufrido alguna vez un golpe en la cabeza o ha quedado inconsciente?
- 11. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión?
- 12. ¿Ha tenido alguna vez un "aguijón", un "ardor" o un nervio pinchado?
- 13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez con por la calor?
- 14. ¿Tiene problemas para respirar o tos durante o después del ejercicio?
- 15. ¿Tiene algún problema en la piel, como sarpullido, picazón, etc.?
- 16. ¿Tiene algún problema en los ojos, de visión, usa lentes de contacto o anteojos?
- 17. ¿Usa algún equipo especial, como tablillas, collarín, protectores bucales, etc.?
- 18. ¿Alguien de su familia ha fallecido por problemas cardíacos o muerte repentina antes de los 50?
- 19. ¿Tiene sólo un órgano en funcionamiento que suele estar en pares (riñones, ojos, etc.)?
- 20. ¿Ha sufrido alguna vez un desgarró, torcedura, dislocación o inflamación repetida de algún hueso o articulación?

En caso de haber respondido sí a alguna pregunta anterior, marque con un círculo cuál de las siguientes opciones es aplicable:

Cabeza Cuello Pecho Tobillo Espinilla Pantorrilla Hombro Espalda Pie Mano Muñeca Codo Antebrazo
Cadera Muslo Rodilla

Marque la casilla de cualquier pregunta a la que responda con un Sí:

- 1. ¿Alguna de las lesiones señaladas en las preguntas anteriores le preocupa actualmente?
- 2. ¿Tiene algún otro problema médico como asma, mononucleosis, diabetes, etc.?
- 3. ¿Ha tenido alguna lesión o problema médico desde su última evaluación médica?
- 4. ¿Cualquier instrucción o precaución especial que la escuela y los entrenadores deben saber?
- 5. ¿Cuál fue la fecha de su última vacuna contra el tétano? _____
- 6. ¿Consumo algún producto de tabaco?
- 7. **SOLO MUJERES-** ¿Tiene menstruaciones irregulares?

SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, EXPLIQUE LOS MOTIVOS EN EL REVERSO DE ESTA PÁGINA

Yo/Nosotros declaro/declaramos que, mi/nuestro saber, las respuestas son correctas. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que al realizar este examen, el médico que firma no asume la responsabilidad de la atención médica de este individuo.

Firma del Atleta: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz

Hoja de Información Previa al Examen Físico

To be complete by Physician/Ser Completado por el Médico

Athlete's Name: _____ **Date:** _____

Height: _____ **Weight:** _____ **BP:** _____/____ **Pulse:** _____

Vision: Pass/Refer

Glasses/Contacts

Medical	Normal	Abnormal
Skin		
Eyes / Ears / Nose / Throat		
Lymph Nodes		
Heart		
Pulse		
Lungs		
Abdomen		
Musculoskeletal	Normal	Abnormal
Neck		
Back		
Shoulder / Arm		
Elbow / Forearm		
Wrist / Hand		
Hip / Thigh		
Knee		
Leg		
Ankle / Foot		

Cleared for all Activities

Not Cleared for All Activities Due to _____

Physician Name _____ **Physician Signature** _____

Date: _____