DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
DEPARTMENTO DE ACTIVIDADES ATLÉTICAS
FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

El examen físico debe ser efectuado por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado de Texas según el Acta de Práctica Médica, *Medical Practice Act,* por ejemplo un doctor en medicina (M.D.) o un doctor osteópata (D.O.). Las normas de HISD y de la liga Interescolástica Universitaria requieren que este reporte sea completado y el examen físico sea aprobado antes que el alumno pueda participar en cualquier prueba de selección a actividades atléticas *(tryouts),* prácticas, juegos o programas fuera de temporada.

Cuando el personal escolar crea que hay un cambio en el estado físico del atleta después de la examinación física, la escuela puede requerir otro reporte físico y debe obtenerse una autorización médica antes que el alumno pueda volver a participar en dicha actividad atlética.
Los exámenes físicos deben ser efectuados no antes del 15 de mayo del año precedente al año escolar actual.

Nombre del alumno: _____ Sexo: M F Estatura:_____ Peso:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Escuela:_____Grado_____Presión sanguínea_____/_____(_____/_____,_____/_____)

En caso de emergencia contacte:

Visión: Ojo derecho 20/ _____ Ojo Izquierdo /20 _____ Corrección: Sí No Pupilas: Iguales ___ Desiguales ___

EXAMEN MÉDICO	**NORMAL**	**ANORMAL**	**INCIALES***
Apariencia física			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nódulos linfáticos			
Corazón-Auscultación en posición supina.			
Corazón-Auscultación de pié.			
Corazón-Pulso de extremidades inferiores			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (Varones solamente)			
Piel			
MUSCULOSESQUELETAL			
Cuello			
Espalda			
Hombros/Brazos			
Codos/Antebrazos			
Muñecas/Manos			
Caderas/Muslos			
Rodillas			
Pantorrillas/Tobillos			
Pies			

Cirugías previas_____

¿Está tomando el alumno rutinariamente algún medicamento? ☐ Sí ☐ No (¿Cuál?)_____

¿Es el alumno alérgico a algún medicamento?_____

APROBACIÓN PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

☐ Aprobado _____

☐ No aprobado: _____ Razón:_____

Recomendaciones:_____

No firme si el alumno no pasa el examen físico.

_____ _____
Nombre del médico (sello o letra en imprenta) **Firma del médico que hizo el examen físico (Sólo M.D. o D.O.)**

_____ _____
Dirección **Número de teléfono** **Fecha del Examen Físico**

Original para la escuela
Copia para el Entrenador de Atletismo
Copia para el médico si es necesario

_____
Número de Licencia Estatal