DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
DEPARTAMENTO DE ACTIVIDADES ATLÉTICAS

Revisado
03/1/05

EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ATLÉTICAS – HISTORIAL MÉDICO

El estudiante y los padres o tutores legales deben completar anualmente este FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO para que el alumno pueda participar en las actividades atléticas. Estas preguntas tienen como propósito determinar si el alumno ha desarrollado una condición que pueda poner en peligro su salud al participar en un evento atlético.

Nombre del estudiante:_____ Sexo_____ Edad _____ Fecha de Nacimiento_____

Domicilio_____ Teléfono_____

Grado_____ Escuela_____

Médico de cabecera_____ Teléfono_____

En caso de emergencia contacte a:

Nombre_____ Parentesco_____ Teléfono (hogar):_____ (trabajo)_____

Explica las preguntas que contestes afirmativamente; haz un círculo alrededor de las las respuestas que no sepas.

		Sí	No
1.	¿Haz tenido alguna enfermedad o lesión desde la última examinación médica o física para actividades atléticas?	☐	☐
2.	¿Haz sido hospitalizado en el último año?	☐	☐
	¿Haz tenido alguna cirugía en el último año?	☐	☐
3	¿Estás tomando algún medicamento, con o sin receta, incluyendo píldoras o inhaladores?	☐	☐
4.	¿Tienes alguna alergia (por ejemplo al polen, medicamentos, comidas o picaduras de insectos)?	☐	☐
5.	¿Alguna vez te desmayaste durante o después de ejercitar?	☐	☐
	¿Alguna vez te mareaste durante o después del ejercicio?	☐	☐
	¿Alguna vez tuviste dolores en el pecho durante o después de hacer ejercicios?	☐	☐
	¿Te cansas más rápido que tus amigos cuando ejercitan?	☐	☐
	¿Se te ha acelerado o alterado el ritmo del corazón?	☐	☐
	¿Tienes presión arterial elevada o alta concentración de colesterol?	☐	☐
	¿Te han dicho alguna vez que tienen un soplo cardíaco?	☐	☐
	¿Ha fallecido algún miembro de tu familia debido a problemas del corazón antes de cumplir 50 años?	☐	☐
	¿Hay algún miembro de la familia que haya sido diagnosticado con hipertrofia cardíaca, hipertrofia del músculo cardíaco, síndrome *long QT*, síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐
	¿Has tenido en el último mes alguna infección viral severa (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis)?	☐	☐
	¿Ha alguna vez un médico restringido o prohibido tu participación en deportes debido a problemas de corazón?	☐	☐
6.	¿Tienes algún problema de piel (por ejemplo, picazón, salpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐
7.	¿Has tenido alguna vez una contusión o lesión cerebral?	☐	☐
	¿Has perdido alguna vez el conocimiento o la memoria?	☐	☐
	Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces? _____		
	¿Cuándo fue la última contusión? ? _____		
	¿Fueron incidentes severos? (Explícalos abajo)		
	¿Has tenido alguna vez una convulsión?	☐	☐
	¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o severos?	☐	☐
	¿Has tenido alguna vez cosquilleo o pérdida de sensación en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐
	¿Has tenido alguna vez un pellizco o otra lesión en un nervio?	☐	☐
8.	¿Alguna vez te enfermaste debido a ejercicios en el calor?	☐	☐
9.	¿Has tenido alguna vez dificultad para respirar cuando hacías ejercicios?	☐	☐
	¿Toses, tienen silbido o problema para respirar durante o después hacer actividades físicas?	☐	☐
	¿Tienes asma?	☐	☐
	¿Tienes alergias típicas de cada estación climática que requieran tratamiento médico?	☐	☐

		Sí	No
10.	¿Tienes algún problema con los ojos o la vista?	☐	☐
11.	¿Te han extraído o falta algún órgano?	☐	☐
12.	¿Usas algún artículo o equipo protector o corrector que no se utiliza comúnmente en tu deporte o puesto (por ejemplo abrazadera para rodilla, protector de cuello, artículos ortopédicos en los pies, protector de dientes, auriculares)?	☐	☐
13.	¿Haz tenido alguna vez una torcedura, desgarro o inflamación causados por una lesión?	☐	☐
	¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	☐	☐
	¿Has tenido algún otro problema con dolor o inflamación de músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐
	Si la respuesta es sí, marca el casillero apropiado y explica abajo:		

☐ Cabeza ☐ Codos ☐ Caderas
☐ Cuello ☐ Antebrazos ☐ Piernas
☐ Espalda ☐ Muñecas ☐ Rodillas
☐ Pecho ☐ Manos ☐ Espinilla/ pantorrilla
☐ Hombros ☐ Dedos ☐ Tobillos
☐ Brazos ☐ Pies

14.	¿Deseas ganar o perder peso?	☐	☐
	¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos del deporte que practicas?	☐	☐
15.	¿Te sientes con estrés o tensión nerviosa?	☐	☐
16.	Escribe las fechas de las inmunizaciones (vacunas) más recientes para:		

Tétano _____ Sarampión _____

Hepatitis B _____ Varicela _____

17.	¿Estás bajo cuidado médico?	☐	☐

Sólo para mujeres

18. ¿Cuándo fue tu primer período menstrual? _____

¿Cuándo fue tu último período menstrual? _____

¿Cuánto tiempo pasa generalmente desde el principio de un período menstrual al próximo? _____

¿Cuántos períodos menstruales haz tenido el año pasado?_____

¿Cuál fue el período más extenso sin menstruación durante el año pasado?

*Explica las respuestas que contestaste afirmativamente:*_____

Reconozco que aunque el atleta use equipo de protección cuando se considera requerido, aun existe la posibilidad de una lesión accidental. La Liga Interescolástica Universitaria y el Distrito Escolar Independiente de Houston no asumen ninguna responsabilidad en caso que suceda algún accidente.

Si en el criterio de un representante de la escuela, el alumno en cuestión necesita atención o tratamiento médico inmediato a causa de una lesión o enfermedad, yo por intermedio de este documento, requiero, autorizo y doy consentimiento para dicha atención y tratamiento dado por un médico, entrenador, enfermera o representante escolar. Yo, por intermedio de este documento estoy de acuerdo con indemnizar y no acusar a la escuela o representante del hospital de todo reclamo debido al mencionado cuidado o tratamiento del alumno en cuestión.

Si el alumno sufre alguna lesión o enfermedad que limite su participación entre esta fecha y la del comienzo de las competencias atléticas, me comprometo a notificar dichas lesiones o enfermedades a las autoridades escolares.

Para los padres:
Marque todas las actividades en que el alumno deba ser excluido.

☐ Beísbol ☐ Básquetbol ☐ Carrera todo terreno
☐ Fútbol Americano ☐ Golf ☐ Fútbol *(Soccer)*
☐ Sóftbol ☐ Natación y clavados ☐ Tenis en equipo
☐ Tenis ☐ Carrera y atletismo ☐ Voleibol
☐ Lucha greco romana

Yo, por intermedio de este documento, testifico que mis respuestas a las precedentes preguntas conforme a mi mejor saber son correctas y completas.

Firma del estudiante:_____ Firma del padre o tutor legal:_____ Fecha:_____