

Formularios/procedimientos físicos previos a la participación de MSHSAA

Formulario de historial médico (Paso 1): Emitido al estudiante / padre (s) / tutor, completado por el estudiante / padre (s) / tutor, llevado a un profesional de la salud (MD / DO / ARNP / PA / DC), retenido por el profesional de la salud.

Nota: Si el estudiante es menor de 18 años, las preguntas de la historia clínica deben completarse con la ayuda de los padres/tutores.

Nota: El profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/DC) que complete el examen previo a la participación (PPE) guardará este formulario de historial médico en los archivos del paciente para sus registros.

Este formulario de historial médico NO se devuelve a la escuela.

HISTORIAL MÉDICO				
Nombre:			Fecha de nacimiento:	
Sexo asignado al nacer (F, M o intersexualidad):		¿Cómo identificas tu género? (F, M u otros):		
Enumera las condiciones médicas pasadas y actuales:				
¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumera todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:				
Medicamentos y suplementos: Enumera todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales):				
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumera todas tus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos que pican):				
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE VERSIÓN 4 (PHQ-4)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Encierra tu respuesta en un círculo)				
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso:	0	1	2	3
No poder detener o controlar la preocupación:	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas:	0	1	2	3
Sentirse deprimido o sin esperanza:	0	1	2	3
Una suma de ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas (preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4) para fines de cribado.				

(Historial médico continuado – página siguiente)

Explica las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierra las preguntas en un círculo si no sabes la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría discutir con tu proveedor?		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido tu participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tienes algún problema médico continuo o una enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE TI	Sí	No
4. ¿Alguna vez te has desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?		
5. ¿Alguna vez has tenido molestia, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Tu corazón alguna vez se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco?		
8. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para tu corazón? (Por ejemplo, ¿electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía?		
9. ¿Te mareas o sientes más dificultad para respirar que tus amigos durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE TU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético 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 (CPVT)?		
13. ¿Alguien en tu familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que hizo perderte una práctica o un juego?		
15. ¿Tienes una lesión ósea, muscular, ligamentaria o articular que te molesta?		
PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Toses, tienes sibilancias o sientes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tienes dolor en la ingle o los testículos o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
19. ¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluido el herpes o <i>el Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)?		
20. ¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caído?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio en el calor?		
23. ¿Tienes o alguien de tu familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez has tenido, o tienes, algún problema con sus ojos o visión?		
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Estás intentando, o alguien te ha recomendado que aumentes o pierdas peso?		
27. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
SOLO MUJERES	Sí	No
29. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

SI ES AFIRMATIVO, EXPLICA LAS RESPUESTAS AQUÍ

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

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

Formulario de examen físico previo a la participación (PPE) (Paso 2): Emitido al estudiante/ padre(s)/tutor, llevado al profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/DC), retenido por el profesional de la salud.

Nota: Este formulario de EPP es el formulario de EPP recomendado para guiar al profesional de la salud (MD / DO / ARNP / PA / DC) con la realización de una evaluación física previa a la participación.

Nota: El profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/DC) que complete el examen previo a la participación guardará este formulario de EPP en los archivos del paciente para sus registros.

Este formulario de EPP NO se devuelve a la escuela.

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
EXAMEN			
Altura:		Peso:	
Presión arterial: / (/)	Pulso:	Visión: D 20/ I 20/	Corregido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
La apariencia • Estigmas de Marfan (cifoesciosis, paladar de arco alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral (MVP) e insuficiencia aórtica)			
Los ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas iguales • La audición			
Los ganglios linfáticos			
El corazón* • Soplos (auscultación estando de pie, auscultación supina y +/- maniobra de Valsalva)			
Los pulmones			
El abdomen			
La piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporis			
El neurológico			
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
El cuello			
La espalda			
El hombro y el brazo			
El codo y el antebrazo			
La muñeca, la mano y los dedos			
La cadera y el muslo			
La rodilla			
La pierna y el tobillo			
El pie y los dedos de los pies			
Funcional • Prueba de sentadilla de doble pierna, prueba de sentadilla de una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso			
* Considere la electrocardiografía (ECG), el ecocardiograma, la derivación a cardiología para antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en el examen, o una combinación de ellos.			
Recordatorios para los médicos:			
Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión? • ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso? • ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia? • ¿Alguna vez has probado cigarrillos, tabaco de mascar, rapé? • Durante los últimos 30 días, ¿consumiste tabaco de mascar, rapé? • ¿Bebes alcohol o usas otras drogas? • ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o has usado cualquier otro suplemento para mejorar el rendimiento? • ¿Alguna vez has tomado algún suplemento para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento? • ¿Usas el cinturón de seguridad, usas un casco y usas condones? 			

Esta página se dejó en blanco
intencionadamente

Ir a la página siguiente para



Formulario de elegibilidad médica de MSHSAA (Paso 3):

Emitido al estudiante / padre (s) / tutor, llevado a / completado por un profesional de la salud (MD / DO / ARNP / PA / DC), copia retenida por el profesional de la salud, devuelta a la administración de la escuela.



Nota: Este formulario de elegibilidad médica es el formulario que debe utilizar un profesional de la salud (MD / DO / ARNP / PA / DC) para otorgar una autorización médica para que un estudiante participe en los Deportes – Spirit – La Banda de marcha después de completar una evaluación física previa a la participación.

Nota: El profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/DC) debe completar este formulario, conservar una copia en los archivos del paciente para sus registros y emitir este formulario al estudiante/padre.

Este formulario de elegibilidad médica DEBE ser devuelto a la escuela.

El apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Edad _____ Sexo asignado al nacer (F, M, intersexual) _____ Grado _____ Escuela _____ Ciudad _____
 Dirección actual _____ Teléfono _____

- Médicamente elegible para todos los Deportes – Spirit – La banda de marcha sin restricciones durante dos (2) años.
- Médicamente elegible para todos los Deportes – Spirit – La banda de marcha sin restricción durante dos (2) años con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: _____
- Médicamente elegible para todos los Deportes – Spirit – La banda de marcha sin restricción por menos de dos (2) años. Especifica los motivos y la duración de la aprobación: _____
- Médicamente elegible para ciertos Deportes – Spirit – La banda de marcha: _____
- NO es médicamente elegible para ningunos Deportes – Spirit – La banda de marcha
- NO es médicamente elegible en espera de una evaluación adicional : _____

He examinado al estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. A menos que se indique lo contrario, el estudiante no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte (s) o actividades como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el estudiante haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al estudiante (y a los padres / tutores).

Nombre del profesional sanitario (Escriba con letra de molde o teclera) _____

Firma del profesional sanitario (MD/DO/PA/ARNP/DC): _____

Dirección de la clínica _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fecha del examen _____

Médico del estudiante _____ Dentista del estudiante _____