

Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 1: El estudiante o el padre o la madre lo completa

Revisado en abril de 2023

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: Formulario que deben completar el paciente y el padre/tutor antes de ver al proveedor. Los proveedores guardan una copia en el historial del paciente. Las escuelas conservan una copia en el expediente académico del alumno

de acuerdo con los requisitos de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).



Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Pólenes	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Insectos que pican	

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Dé las respuestas de 0 a 3, utilizando esta escala: 0 = En absoluto; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días									
Poco interés o placer por hacer cosas:	0	1	2	3	Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado:	0	1	2	3

Nota para los proveedores: Si la puntuación combinada es 3 o superior, el alumno debe ser evaluado más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Explique las respuestas "Sí" a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con su proveedor?		
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?		
4. ¿Ha tenido una infección por COVID-19 que haya requerido hospitalización?		
ESTAS PREGUNTAS NOS PERMITEN CONOCER LA SALUD DE SU CORAZÓN	SÍ	NO
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
10. ¿Se mareo o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER LA SALUD DEL CORAZÓN EN SU FAMILIA. POR FAVOR CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA	SÍ	NO
12. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente de auto inexplicable)?		
13. ¿Alguien de su familia padece algún problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
14. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

entrenamiento o un partido?		
16. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO ACTUAL O PASADO	SÍ	NO
17. ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante/después del ejercicio?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		
19. ¿Tiene dolor inguinal o testicular o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?		
20. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente, o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras recibir un golpe o caerse?		
23. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
24. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?		
25. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?		
ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN SABER SI ESTÁ PROPORCIONANDO A SU CUERPO LA ENERGÍA SUFICIENTE (COMBUSTIBLE) CUANDO ES FÍSICO Y ACTIVO	SÍ	NO
26. ¿Le preocupa su peso?		
27. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente/baje de peso?		
28. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
29. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? (En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas).		
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____		
32. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? _____		
33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA ÓSEO O ARTICULAR QUE PODRÍA LIMITAR SU CAPACIDAD PARA SER FÍSICAMENTE ACTIVO.	SÍ	NO
15. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un		

Explique aquí las respuestas afirmativas: _____

Examen previo a la participación en deportes en la escuela – parte 2: El proveedor de atención médica lo completa

Revisado en mayo de 2017

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©2023 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva. Los recursos relacionados con la salud mental de OHA pueden encontrarse en el sitio web de OSAA a través del código QR anterior o en <https://www.osaa.org/resources>.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

(Nota: Los proveedores conservan una copia en el expediente del paciente. Las escuelas guardan una copia en el expediente educativo del estudiante de acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).



Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

Fecha del examen: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	% de IMC:
Presión sanguínea: / (/)	Pulso:	Visión D 20/ I 20/ Corregida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto		
Ojos, oídos, nariz, garganta		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Sistema neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

- Autorizado para todos los deportes sin restricción
- Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:
- No autorizado
 - Pendiente de evaluación adicional
 - Para cualquier deporte
 - Para ciertos deportes: _____

Razón: _____

Recomendaciones: _____