



EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR (Página 1 de 4)

El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma abajo.

EL2

Revisado el 4/23

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Información del estudiante (el estudiante y padre/madre deben completarlo) *letra de molde legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deportes: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en una emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular del contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de la familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez tuvo cirugía? Si la respuesta es sí, liste todos los procedimientos quirúrgicos y sus fechas:

Medicamentos y suplementos (liste todos los medicamentos recetados, de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales) actuales):

¿Tiene alguna alergia? Si la respuesta es sí, liste todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, comida, insectos):

Cuestionario médico del paciente, versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia lo ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Para nada	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o impaciente	0	1	2	3
No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o gusto por hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o desalentado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS CARDÍACAS SOBRE USTED (continuación)		Sí	No		
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas para las que no tenga respuesta.									
1	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con su proveedor?			8	¿Alguna vez su médico ha solicitado una prueba del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)				
2	¿Alguna vez un proveedor le denegó o restringió la participación en deportes por alguna razón?			9	¿Se mareó o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio?				
3	¿Tiene algún tema médico actual o enfermedades recientes?			10	¿Alguna vez ha tenido convulsiones?				
PREGUNTAS MÉDICAS CARDÍACAS SOBRE USTED				Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS CARDÍACAS SOBRE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado durante el ejercicio o después de este?			11	¿Ha fallecido algún familiar o pariente por un problema del corazón o ha sufrido una muerte repentina inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogarse o accidente automovilístico inexplicable)				
5	¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?			12	¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (HCM), 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)?				
6	¿Su corazón se acelera, fluctúa u omite latidos (latidos irregulares) en algún momento durante el ejercicio?			13	¿A alguien de su familia se le colocó un marcapasos o un desfibrilador antes de los 35 años?				
7	¿Alguna vez su médico le dijo que tenía un problema del corazón?								

Este formulario no se considera válido hasta que no se completen todas las secciones.



EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR (Página 2 de 4)

El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma abajo.

EL2

Revisado el 4/23

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Escuela: _____

PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULACIONES		SÍ	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		SÍ	No
14	¿Alguna vez ha tenido una fractura por sobrecarga?			26	¿Le preocupa su peso?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que hizo que se perdiera una práctica o juego?			27	¿Está intentando, o alguien le ha recomendado, ganar o bajar de peso?		
16	¿Tiene alguna lesión de hueso, músculo, ligamento o articulación que lo moleste actualmente?			28	¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de comidas o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		SÍ	No	29	¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
17	¿Tose o tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio o alguna vez un proveedor médico le ha diagnosticado asma?			Explique las respuestas afirmativas aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le han extirpado un riñón, ojo, testículo, bazo o algún otro órgano?						
19	¿Tiene dolor en la ingle o testículo o un bulto doloroso o hernia en el área de la ingle?						
20	¿Tiene algún sarpullido recurrente o sarpullidos que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a metilina (MRSA)?						
21	¿Tuvo una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?						
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en sus brazos o piernas o no ha podido mover sus brazos o piernas después de haberse golpeado o caído?						
23	¿Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicios en un clima caluroso?						
24	¿Tiene usted o alguien de su familia la enfermedad o rasgo de célula falciforme?						
25	¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema en los ojos o la vista?						

Este formulario no se considera válido hasta que no se completen todas las secciones.

La participación en deportes en la preparatoria no está libre de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/madre/tutor reconocen que las respuestas honestas a las preguntas de arriba permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta para detectar factores de riesgo asociados con las lesiones deportivas y la muerte. El Estatuto de Florida 1006.20 exige que un estudiante candidato a estudiante para un equipo atlético entre escuelas complete con éxito una evaluación física de participación previa como el primer paso para prevenir una lesión. Esta evaluación física de participación previa deberá completarse todos los años antes de participar en una competencia atlética entre escuelas o en una práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluyendo las actividades que se den fuera del año escolar.

Por la presente, declaramos que, a nuestro leal saber, las respuestas a las preguntas de arriba están completas y son las correctas. Además de la evaluación física de rutina que exige el Estatuto de Florida 1006.20 y la disposición FHSAA 9.7, entendemos y reconocemos que se nos ha aconsejado por la presente que el estudiante debe hacerse una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO) o prueba de esfuerzo cardíaco. El Comité Asesor de Medicina Deportiva FHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino que puede incluir las pruebas especiales en la lista de arriba.

Nombre del estudiante-atleta: _____ (letra de molde) Firma del estudiante-atleta: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ (letra de molde) Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ (letra de molde) Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR (Página 3 de 4)

El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma abajo.

EL2

Revisado el 4/23

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO:

Tenga en cuenta las preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez se siente triste, desalentado, deprimido o ansioso?
• ¿Se siente seguro en su casa o residencia?	• En los últimos 30 días, ¿consumió tabaco para mascar, rapé o tabaco para chupar?
• ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?	• ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha consumido algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
• ¿Alguna vez ha tomado suplementos para aumentar o bajar de peso o para mejorar su rendimiento?	

Verifique que se complete la Historia Médica EL2 FHSAA (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia médica como parte de la evaluación. La preguntas de historia/síntomas cardiovasculares incluyen el formulario de Historia Médica Q4-Q13 (marcar la casilla si se completó).

EXAMEN			
Estatura:	Peso:		
BP: / (/)	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/ Corregida: Sí No	
ASPECTOS MÉDICOS: el profesional de atención médica debe iniciar cada evaluación		NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Aspecto <ul style="list-style-type: none"> Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e Insuficiencia aórtica) 			
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> Pupilas iguales Audición 			
Ganglios linfáticos			
Corazón <ul style="list-style-type: none"> Soplos (auscultación de pie, auscultación boca arriba y manobra de Valsalva) 			
Pulmones			
Abdomen			
Piel <ul style="list-style-type: none"> Virus del herpes simple (HSV), lesiones que sugieren Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) o tinea corporis 			
Neurológico			
MUSCULOESQUELÉTICO: el profesional de atención médica debe iniciar cada evaluación		NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello			
Espalda			
Hombro y brazo			
Codo y antebrazo			
Muñeca, mano y dedos de las manos			
Cadera y muslo			
Rodilla			
Pierna y tobillo			
Pies y dedos de los pies			
Funcional <ul style="list-style-type: none"> Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de descenso en caja o prueba de descenso de escalón. 			

Este formulario no se considerará válido hasta que no se completen todas las secciones.

*Considerar electrocardiografía (ECG), ecocardiografía (ECHO), remisión a un cardiólogo por historia cardíaca o resultados del examen anormales o cualquier combinación de estos. El Comité Asesor de Medicina Deportiva FHSAA recomienda encarecidamente al estudiante-atleta (padre/madre) que se haga una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino que puede incluir un electrocardiograma.

Nombre del profesional de atención médica (letra de molde o a máquina): _____ Fecha del examen: ___ / ___ / _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Firma del profesional de atención médica: _____ Credenciales: _____ N.º de licencia: _____



EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR (Página 4 de 4)
PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA
Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma abajo.

EL2

Revisado el 4/23

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (el estudiante y padre/madre deben completarlo) letra de molde legible

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: ____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Escuela: _____ Grado en la escuela: ____ Deportes: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en una emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular del contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de la familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

- Elegible desde el punto de vista médico para todos los deportes sin restricciones
- Elegible desde el punto de vista médico para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación futura o tratamiento de:
(use la hoja adicional si es necesario)
- Elegible desde el punto de vista médico solo para determinados deportes de la lista de abajo:
- No es elegible desde el punto de vista médico para ningún deporte

Recomendaciones: (use la hoja adicional si es necesario)

Por la presente, certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado arriba con la evaluación física de participación previa EL2 FHSAA y he llegado a las conclusiones de arriba. Se conserva una copia del examen y el padre/madre puede acceder a ella si lo solicita. Cualquier lesión u otra condición médica que surja después de la fecha de esta autorización médica deberá evaluarse, diagnosticarse y tratarse correctamente por el profesional de atención médica correspondiente antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de atención médica (letra de molde o a máquina): _____ Fecha del examen: ____/____/____
 Dirección: _____ Teléfono: (____) _____
 Firma del profesional de atención médica: _____ Credenciales: _____ N.º de licencia: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: se completó en el momento de la evaluación por el proveedor de atención médica y padre/madre

- Marque esta casilla si no hay historia médica relevante para compartir relacionada con la participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor (si lo exige la escuela)

Medicamentos: (use la hoja adicional si es necesario)

Lista: _____

Historia médica relevante para que un entrenador/médico del equipo la revise: (explique abajo, use la hoja adicional si es necesario)

- Alergias Asma Cardíaco/corazón Convulsión cerebral Diabetes Enfermedad por calor Ortopedia Historia quirúrgica
- Rasgo de célula falciforme Otro, explique: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: ____/____/____ Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Por la presente, declaramos que, a nuestro leal saber, la información registrada en este formulario es completa y correcta. Entendemos y reconocemos que se nos ha aconsejado aquí que el estudiante debería hacerse una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO) o prueba de esfuerzo cardíaco.

Este formulario no se considerará válido hasta que no se completen todas las secciones.



EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR (Anexo)
PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA EN LA ESCUELA
Este formulario es válido por 365 días calendario a partir de la fecha de la firma abajo.

EL2

Revisado el 4/23

Este formulario solo se usa o se exige si un estudiante-atleta se ha remitido para una evaluación adicional, antes de la autorización médica completa.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA: formulario de remisión del proveedor

Información del estudiante (el estudiante y padre/madre deben completarlo) *letra de molde legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo asignado al nacer: ____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: __/__/____
 Escuela: _____ Grado en la escuela: ____ Deportes: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
 Nombre de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en una emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular del contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de la familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____

Remitido por: _____ Diagnóstico: _____

Por la presente, certifico que yo o un médico bajo mi supervisión directa hemos hecho la evaluación para la cual se remitió al estudiante-atleta con las conclusiones documentadas abajo:

- Elegible desde el punto de vista médico para todos los deportes sin restricciones a partir de la fecha de la firma abajo
 - Elegible desde el punto de vista médico para todos los deportes sin restricciones después de completar el siguiente plan de tratamiento:
(use la hoja adicional si es necesario)

 - Elegible desde el punto de vista médico solo para determinados deportes de la lista de abajo:

 - No es elegible desde el punto de vista médico para ningún deporte
- Recomendaciones adicionales: *(use la hoja adicional si es necesario)*

Nombre del profesional de atención médica (letra de molde o a máquina): _____ Fecha del examen: __/__/____
 Dirección: _____ Teléfono: (____) _____
 Firma del profesional de atención médica: _____ Credenciales: _____ N.º de licencia: _____

Sello del proveedor *(si lo exige la escuela)*

