



EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN

(Página 1 de 4)

El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario tiene una vigencia de 365 días calendario a partir de la fecha del examen.

EL2

Revisado el 2/25

Formulario de historia médica

Información del estudiante (para que complete el estudiante y el padre/madre) *en letra de molde legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo biológico: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deportes: _____
 Dirección de la casa: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la casa: (____) _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de familia: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Haga una lista de las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez tuvo una operación? Si la respuesta es sí, haga una lista de todos los procedimientos quirúrgicos y sus fechas:

Medicamentos y suplementos (haga una lista de todos los medicamentos con receta médica, de venta libre y suplementos [de hierbas y nutricionales] actuales):

¿Tiene alergias? Si la respuesta es sí, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, medicamentos, polen, comida, insectos):

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

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Nunca	Varios 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 placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o desalentado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta.							
1	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con el proveedor?			8	¿Le ha pedido alguna vez un médico una prueba del corazón? Por ejemplo, ¿pidió un electrocardiograma (ECG) o un ecocardiograma (ECHO)?		
2	¿Le ha denegado o restringido alguna vez un proveedor su participación en deportes por algún motivo?			9	¿Se mareo o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico actual o alguna enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse durante o después de hacer ejercicio?			11	¿Murió algún familiar por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente de auto inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?			12	¿Tiene alguien en su familia 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	¿Se acelera su corazón, palpita en su pecho o se saltan latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Ha tenido alguien en su familia un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
7	¿Le ha dicho alguna vez algún médico que tiene un problema del corazón?						

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



EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN

(Página 2 de 4)

El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario tiene una vigencia de 365 días calendario a partir de la fecha del examen.

EL2

Revisado el 2/25

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

PREGUNTAS SOBRE 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	¿Se lesionó alguna vez un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que hizo que no fuera a una práctica o juego?			27	¿Está intentando, o alguien le recomendó, aumentar 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 comida?		
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 "Sí" aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le falta... un riñón, ojo, testículo, bazo o algún otro órgano?						
19	¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una 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 meticilina (MRSA)?						
21	¿Tuvo una conmoción o lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?						
22	¿Ha sentido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas o no pudo mover los brazos o piernas después de recibir un golpe o sufrir una caída?						
23	¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?						
24	¿Tiene usted o alguien de su familia rasgo o la enfermedad de anemia falciforme?						
25	¿Tuvo alguna vez o tiene algún problema en los ojos o la vista?						

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

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-deportista y el padre/madre/tutor reconocen que las respuestas honestas a las preguntas de arriba permiten que un clínico capacitado evalúe al estudiante-deportista para detectar factores de riesgo asociados a las lesiones deportivas y la muerte. El Estatuto de Florida 1006.20 exige que los estudiantes candidatos a formar parte de un equipo deportivo interescolar completen con éxito una evaluación física antes de la participación como primer paso para prevenir lesiones. Esta evaluación física de preparticipación deberá completarse todos los años antes de participar en una competencia deportiva interescolar o en una práctica, prueba, entrenamiento, preparación u otra actividad física, incluyendo las actividades que se hacen fuera del año académico.

Por la presente, declaramos que, a nuestro leal saber, las respuestas a las preguntas de arriba son completas y correctas. Además de la evaluación física de rutina que exige el Estatuto de Florida 1006.20 y la norma administrativa 9.7 de la FHSAA, entendemos y reconocemos que nos aconsejan por medio de este documento, que el estudiante debe hacerse una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico como un electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO) o prueba de esfuerzo cardíaco. El Comité Asesor de Medicina Deportiva (Sports Medicine Advisory Committee) de la FHSAA recomienda mucho una evaluación médica con el proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que puede incluir las pruebas especiales que se mencionan arriba.

Nombre del estudiante-deportista: _____ (en letra de molde) Firma del estudiante-deportista: _____ Fecha: __/__/____

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

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



EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN

(Página 3 de 4)

*El proveedor de atención médica o padre/madre debe conservar este formulario de historia médica.
Este formulario tiene una vigencia de 365 días calendario a partir de la fecha del examen.*

EL2

Revisado el 2/25

Formulario de examen físico

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

RECORDATORIOS PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Tenga en cuenta las preguntas adicionales sobre temas más delicados.

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente estresado o bajo mucha presión? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez se siente triste, desalentado, deprimido o ansioso?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente seguro en su casa o residencia? 	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o dip?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha consumido algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha tomado suplementos para aumentar o perder peso o para mejorar su rendimiento? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuvo cambios en su rendimiento, se sintió fatigado o tuvo momentos de poca energía durante el año pasado?

Verifique que se complete la FHSAA EL2 Medical History (Historia Médica EL2 FHSAA) (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia médica como parte de la evaluación. Las preguntas de historia/síntomas cardiovasculares incluyen el formulario Q4-Q13 of Medical History (Historia médica Q4-Q13) (*marque la casilla de verificación si está completo*)

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: Yes No
MEDICAL - healthcare professional shall initial each assessment	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyl, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, Ears, Nose, and Throat <ul style="list-style-type: none"> • Pupils equal • Hearing 		
Lymph Nodes		
Heart <ul style="list-style-type: none"> • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> • Herpes Simplex Virus (HSV), lesions suggestive of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL - healthcare professional shall initial each assessment	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and Arm		
Elbow and Forearm		
Wrist, Hand, and Fingers		
Hip and Thigh		
Knee		
Leg and Ankle		
Foot and Toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

This form is not considered valid unless all sections are complete.

• Consider electrocardiography (ECG), echocardiography (ECHO), referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or any combination thereof. The FHSAA Sports Medicine Advisory Committee strongly recommends to a student-athlete (parent), a medical evaluation with your healthcare provider for risk factors of sudden cardiac arrest which may include an electrocardiogram.

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: __ / __ / ____

Address: _____ Phone: (____) _____ E-mail: _____

Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____



EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN (Página 4 de 4)
PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA
Este formulario tiene una vigencia de 365 días calendario a partir de la fecha del examen.

EL2

Revisado el 2/25

MEDICAL ELIGIBILITY FORM (Formulario de elegibilidad médica)

Información del estudiante (para que complete el estudiante y el padre/madre) *en letra de molde legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo biológico: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__
 Escuela: _____ Grado en la escuela: ____ Deportes: _____
 Dirección de la casa: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la casa: (____) _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de familia: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

SHARED EMERGENCY INFORMATION - completed at the time of assessment by practitioner and parent

Check this box if there is no relevant medical history to share related to participation in competitive sports.

Provider Stamp *(if required by school)*

Medications: *(use additional sheet, if necessary)*

List: _____

Relevant medical history to be reviewed by athletic trainer/team physician: *(explain below, use additional sheet, if necessary)*

- Allergies Asthma Cardiac/Heart Concussion Diabetes Heat Illness Orthopedic Surgical History Sickle Cell Trait Other

Explain: _____

Signature of Student: _____ Date: __/__/__ Signature of Parent/Guardian: _____ Date: __/__/__

We hereby state, to the best of our knowledge the information recorded on this form is complete and correct. We understand and acknowledge that we are hereby advised that the student should undergo a cardiovascular assessment, which may include such diagnostic tests as electrocardiogram (ECG), echocardiogram (ECHO), and/or cardio stress test.

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction after clearance by medical specialist for: _____
(If this option is checked, additional medical follow-up and clearance prior to sports participation is required. Use EL2 Page 5 for documentation.)
- Medically eligible for only certain sports as listed below:
- _____
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

In accordance with §1006.20(2)(c), F.S., I hereby certify that I am a practitioner licensed under Florida chapter 458, chapter 459, chapter 460, §464.012, or registered under §464.0123, and in good standing with my regulatory board and that I, or a clinician under my direct supervision, have examined the above-named student-athlete using the FHSAA EL2 Preparticipation Physical Evaluation and have provided the conclusion(s) listed above. A copy of the exam has been retained and can be accessed by the parent as requested. Any injury or other medical conditions that arise after the date of this medical clearance should be properly evaluated, diagnosed, and treated by an appropriate healthcare professional prior to participation in activities.

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: __/__/__

Address: _____ Phone: (____) _____

Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

This form is not considered valid unless all sections are complete.



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Anexo)
PRESENTE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA
Este formulario tiene una vigencia de 365 días calendario a partir de la fecha del examen.

EL2

Revisado el 2/25

Este formulario solo se usa o se exige si remitieron al estudiante-deportista para una evaluación adicional, antes de la autorización médica completa.

Formulario de historia clínica - Formulario de remisión del proveedor

Información del estudiante (para que complete el estudiante y el padre/madre) *en letra de molde legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Sexo biológico: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
 Escuela: _____ Grado en la escuela: ____ Deportes: _____
 Dirección de la casa: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la casa: (____) _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica de familia: _____ Ciudad/estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Referred for: _____ Diagnosis: _____

I hereby certify the evaluation and assessment for which this student-athlete was referred has been conducted by myself or a clinician under my direct supervision with the conclusions documented below:

- Medically eligible for all sports without restriction as of the date signed below
- Medically eligible for all sports without restriction after completion of the following treatment plan: *(use additional sheet, if necessary)*

Medically eligible for only certain sports as listed below:

Not medically eligible for any sports

Further Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: __/__/____

Address: _____ Phone: (____) _____

Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

Provider Stamp *(if required by school)*

