



EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia médica debe ser conservado por el profesional sanitario y/o los padres.
Este formulario es válido durante 365 días naturales a partir de la fecha firmada a continuación.

EL2

Revisado 23/3

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Información del Estudiante (a completar por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre Completo del Estudiante: _____ Sexo Asignado al Nacer: ____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: __/__/__
 Escuela: _____ Grado Escolar: ____ Deporte (s): _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono Hogar: (____) _____
 Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____
 Persona de Contacto en Caso de Emergencia: _____ Relación con el Estudiante: _____
 Teléfono móvil de contacto en caso de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____
 Proveedor de Atención Médica de la Familia: _____ Ciudad/Estado: ____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Enumere las enfermedades actuales y pasadas:

¿Ha sido operado alguna vez? En caso afirmativo, indique todas las intervenciones quirúrgicas y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, de venta libre y suplementos (herbarios y nutricionales) que toma actualmente:

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (medicamentos, pólenes, alimentos, insectos):

Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

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

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Nerviosismo, ansiedad o incertidumbre	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 desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Si	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA (continuación)		Si	No
Explique las respuestas "Si" al final de este formulario. Rodee las preguntas con un círculo si no sabe la respuesta.							
1	¿Le preocupa algo que le gustaría comentar con su proveedor?			8	¿Le ha pedido alguna vez un médico que le haga una prueba del corazón? Por ejemplo, ¿un electrocardiograma (ECG) o una ecocardiografía (ECO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?			9	¿Te mareas o te falta el aire más que a tus amigos cuando haces ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico o enfermedad reciente?			10	¿Ha tenido alguna vez un ataque?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA		Si	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA		Si	No
4	¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?			11	¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (Incluido ahogamiento o accidente de coche inexplicable)		
5	¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			12	¿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)?		
6	¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
7	¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón?						

Este formulario no se considerará válido a menos que todas las secciones estén completas.



EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia médica debe ser conservado por el profesional sanitario y/o los padres.

Este formulario es válido durante 365 días naturales a partir de la fecha firmada o continuación.

EL2

Revisado 23/3

Nombre Completo del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Si	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Si	No
14	¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés?			26	¿Le preocupa su peso?		
15	¿Te has lesionado alguna vez un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te haya obligado a perderte un entrenamiento o un partido?			27	¿Está intentando o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?		
16	¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste actualmente?			28	¿Sigue una dieta especial o evita determinados tipos o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Si	No	29	¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario?		
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o le ha diagnosticado alguna vez asma un médico?			Explique aquí las respuestas afirmativas: _____ _____			
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?						
19	¿Tiene dolor inguinal o testicular o un bulto doloroso o una hernia en la ingle?						
20	¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (SARM)?						
21	¿Ha sufrido una conmoción cerebral o un traumatismo craneal que le haya causado confusión, 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 un golpe o una caída?						
23	¿Se ha puesto alguna vez enfermo mientras hacía ejercicio con calor?						
24	¿Tienes tú o alguien de tu familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?						
25	¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o la vista?						

Este formulario no se considerará válido a menos que todas las secciones estén completas.

La participación en los deportes de la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas sinceras a las preguntas anteriores permiten que un clínico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con los deportes. El Estatuto de Florida 1006.20 requiere que un estudiante candidato para un equipo atlético interescolar complete con éxito una evaluación física de preparación para la participación como primer paso para la prevención de lesiones. Esta evaluación física de preparación debe ser completada cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluyendo actividades que ocurran fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Además de la evaluación física de rutina requerida por el Estatuto de Florida 1006.20, y FHSAA Reglamento 9.7, entendemos y reconocemos que por la presente se nos aconseja que el estudiante debe someterse a una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas de diagnóstico tales como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO), y / o prueba de esfuerzo cardiovascular. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para los factores de riesgo de paro cardíaco repentino que puede incluir las pruebas especiales mencionadas anteriormente.

Nombre Estudiante-Athleta: _____ (letra de imprenta) Firma del Estudiante-Athleta: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del Padre/Tutor: _____ (letra de imprenta) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del Padre/Tutor: _____ (letra de imprenta) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___



EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

Este formulario de historial médico debe ser conservado por el profesional sanitario y/o los padres.
Este formulario es válido durante 365 días naturales a partir de la fecha firmada a continuación.

EL2

Revisado 23/3

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre Completo del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o dip?
• ¿Bebe alcohol o consume otras drogas?	• ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabolizantes o algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
• ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o a mejorar su rendimiento?	

Verifique que ha completado el Historial Médico FHSAA EL2 (páginas 1 y 2), revise estas respuestas del historial médico como parte de su evaluación. Las preguntas de historial/síntomas cardiovasculares incluyen Q4-Q13 del formulario de Historial Médico. (marque la casilla si está completa)

EXAMEN			
Estatura: _____	Peso: _____		
Tensión: / (/)	Pulso: _____	Visión: R 20/ _____ L 20/ _____	
	Corregida: _____	Sí _____ No _____	
MÉDICO - el profesional sanitario deberá poner sus iniciales en cada evaluación		NORMALES	HALLAZGOS ABNORMALES
Aspecto			
• Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar de arco alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aórtica).			
Ojos, Oídos, Nariz y Garganta			
• Pupilas iguales			
• Audición			
Ganglios Linfáticos			
Corazón			
• Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)			
Pulmones			
Abdomen			
Piel			
• Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporal			
Neurológico			
MUSCULOESQUELÉTRICO - profesional de Salud deberá rubricar cada evaluación		NORMALES	HALLAZGOS ABNORMALES
Cuello			
Espalda			
Hombro y Brazo			
Codo y Antebrazo			
Muñeca, Mano y Dedos			
Cadera y Muslo			
Rodilla			
Pierna y Tobillo			
Pie y Dedos			
Funcional			
• Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de box drop o step drop			

Este formulario no se considerará válido a menos que todas las secciones estén completas.

*Considerar electrocardiografía (ECG), ecocardiografía (ECHO), derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en el examen, o cualquier combinación de los mismos. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la FHSAA recomienda encarecidamente a un estudiante-atleta (padre), una evaluación médica con su proveedor de atención médica para los factores de riesgo de paro cardíaco repentino que puede incluir un electrocardiograma.

Nombre del Profesional de la Salud (letra de imprenta o a máquina): _____ Fecha del Examen: ___ / ___ / ___

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

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ # Licencia: _____

Modified from © 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del Estudiante (a completar por el estudiante y los padres) en letra de imprenta legible

Nombre Completo del Estudiante: _____ Sexo Asignado al Nacer: ____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: __/__/____
 Escuela: _____ Grado Escolar: ____ Deporte (s): _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono Hogar: (____) _____
 Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____
 Persona de Contacto en Caso de Emergencia: _____ Relación con el Estudiante: _____
 Teléfono móvil de contacto en caso de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____
 Proveedor de Atención Médica de la Familia: _____ Ciudad/Estado: ____ Teléfono de la oficina: (____) _____

- Elegible médicamente para todos los deportes sin restricciones
- Médicamente apto para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluación o tratamiento adicional de: (utilice hoja adicional, si es necesario)
-
- Elegible médicamente sólo para ciertos deportes que se enumeran a continuación:
-
- No apto médicamente para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilice una hoja adicional si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta arriba mencionado utilizando la Evaluación Física de Preparación para la Participación EL2 de la FHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) arriba indicada(s). Una copia del examen ha sido retenida y puede ser accedida por el padre como solicitado. Cualquier lesión u otra condición médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud apropiado antes de la participación en las actividades.

Nombre del Profesional de Salud (en letra de imprenta o a máquina): _____ Fecha: __/__/____
 Dirección: _____ Teléfono: (____) _____
 Firma del Profesional de Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA - completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

- Marque esta casilla si no hay ningún historial médico relevante que compartir relacionado con la participación en deportes de competición.

Sello del Proveedor (si lo exige la escuela)

Medicamentos: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Lista: _____

Historial médico relevante que debe revisar el entrenador deportivo/médico del equipo: *(explíquelo a continuación, utilice una hoja adicional si es necesario)*

- Alergias Asma Cardíaco/Corazón Conmoción Diabetes Enfermedad por calor Ortopédico Historial quirúrgico Rasgo Sickle Cell Otro

Explique: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: __/__/____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: __/__/____

Por la presente declaramos que, a nuestro leal saber y entender, la información registrada en este formulario es completa y correcta. Entendemos y reconocemos que por la presente se nos aconseja que el alumno se someta a una evaluación cardiovascular, que puede incluir pruebas diagnósticas como electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECHO) y/o prueba de esfuerzo cardiovascular.

Este formulario no se considerará válido a menos que todas las secciones estén completas.



EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN (Suplemento)

PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

Este formulario es válido durante 365 días naturales a partir de la fecha firmada a continuación.

EL2

Revised 3/23

Este formulario sólo se utiliza, o se solicita, si un estudiante-atleta ha sido remitido para una evaluación adicional, antes de la autorización médica completa.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA - Formulario de Proveedor Remitido

Información del Estudiante (a completar por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre Completo del Estudiante: _____ Sexo Asignado al Nacer: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__
 Escuela: _____ Grado Escolar: _____ Deporte (s): _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono Hogar: (____) _____
 Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____
 Persona de Contacto en Caso de Emergencia: _____ Relación con el Estudiante: _____
 Teléfono móvil de contacto en caso de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____
 Proveedor de Atención Médica de la Familia: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Remitido para: _____ Diagnóstico: _____

Por la presente certifico que la evaluación y valoración para la que fue remitido este estudiante-atleta ha sido realizada por mí mismo o por un clínico bajo mi supervisión directa con las conclusiones documentadas a continuación:

- Elegible médicamente para todos los deportes sin restricciones a partir de la fecha firmada a continuación
- Médicamente apto para practicar todos los deportes sin restricciones tras completar el siguiente plan de tratamiento: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*: _____
- Elegible médicamente sólo para ciertos deportes que se enumeran a continuación: _____
- No apto médicamente para ningún deporte

Recomendaciones Adicionales: *(utilice una hoja adicional, si es necesario)*

Nombre del Profesional de la Salud (en letra de imprenta): _____ Fecha: __ / __ / _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____

de Licencia: _____

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

