



## FORMULARIO DE EXAMEN PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

### Instrucciones para completar la preparticipación (atlética)

Formulario de consentimiento y examen de salud

#### COMPLETANDO ESTE FORMULARIO:

1. POR FAVOR ESCRIBA O IMPRENTA LEGIBLE
2. El padre/tutor junto con el estudiante deben completar el Historial de salud en la página 3 y el Documento de divulgación y consentimiento en la página 2. Tenga en cuenta que el estudiante y los padres deben firmar ambos formularios. La Historia de Salud se debe llevar al examen físico para el médico/proveedor para revisar.
3. El médico/proveedor debe completar y firmar el formulario de examen físico en la página 4.
4. El formulario completo debe devolverse a la administración de la escuela.

#### ENVIAR ESTE FORMULARIO:

1. El personal de la escuela debe revisar el formulario para asegurarse de que esté completado correctamente.
2. La copia ORIGINAL debe conservarse en los archivos escolares.

#### CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES:

Se debe realizar un examen de salud anualmente y se debe completar el Formulario de evaluación física previa a la participación antes de que cualquier estudiante pueda participar en actividades deportivas patrocinadas por esta Asociación. Un formulario de evaluación física previa a la participación junto con el documento de divulgación y consentimiento debe estar archivado en la escuela antes de cualquier participación en actividades deportivas.

El examen de salud debe ser completado y el formulario firmado por cualquier Médico (MD), Doctor de Osteopatía (DO), Asistente Médico (PAC), o Enfermero Practicante Registrado (RNP), Doctor en Quiropráctica (DC), funcionando dentro del ámbito legal de su práctica.

Como parte de nuestros esfuerzos de garantía de calidad en las mejores prácticas y el mantenimiento de las credenciales, y reconociendo la necesidad de dar tiempo para los esfuerzos de certificación, el BOT aprobó que todo el personal médico que realice el examen físico previo a la participación para estudiantes atletas deberá estar "Certificado por la Junta"\* por sus respectivas disciplinas antes del 10 de marzo de 2025.

Además de mantener la educación médica continua (CME) requerida por cada disciplina médica para la licencia estatal, el BOT aprobó que los NP, PA, DC, DO y MD hayan completado con éxito la educación de posgrado y las certificaciones de la junta. Como ejemplos: los NP completarían y mantendrían con éxito las certificaciones FNP-BC o FNP-C; Las AP completarían con éxito la certificación NCCPA y mantendrían las certificaciones PANRE o PANRE-LA; Los CD completarían y mantendrían con éxito un programa de diplomado de posgrado (es decir, medicina interna y familiar, medicina deportiva, ortopedia, pediatría, etc.); Los DO y MD completarían con éxito un programa de residencia/becas de posgrado y mantendrían la certificación de la junta en una de las 24 juntas de miembros de ABMS.

\*Nota: La Junta Estadounidense de Especialidades Médicas diferencia la licencia médica de la junta Certificación.

LA ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE UTAH NO PROPORCIONA COPIAS IMPRESAS DE ESTE FORMULARIO. POR FAVOR HAGA TODAS LAS COPIAS NECESARIAS.



# Documento de consentimiento y divulgación del participante y de los padres

TENGA EN CUENTA: Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela si hay algún problema individual único que no esté incluido en el Formulario de evaluación física previa a la participación.

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Está el estudiante cubierto por un seguro médico/contra accidentes?    Sí    No

Nombre del proveedor de seguro médico \_\_\_\_\_  
Si no hay proveedor de seguro, explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**Declaración de permiso, aprobación y reconocimiento del padre o tutor:**

Al firmar a continuación, yo, el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, hago:

- Por la presente consiento que el estudiante mencionado anteriormente participe en el programa atlético interescolar en la escuela mencionada anteriormente. Este consentimiento incluye viajes hacia y desde competencias deportivas y sesiones de práctica.
- Consentimiento adicional para el tratamiento que se considere necesario por parte de los proveedores de atención médica designados por la escuela. autoridades por cualquier enfermedad o lesión resultante de su participación atlética.
- Reconocer que el riesgo de posibles lesiones es inherente a toda participación deportiva. Además me doy cuenta de que Las lesiones potenciales pueden ser de naturaleza grave, incluidas afecciones como: fracturas, lesiones cerebrales, parálisis o incluso la muerte.
- Reconocer y dar consentimiento para que una copia de este formulario permanezca en la escuela del estudiante. Estoy de acuerdo que Si la salud de mi estudiante cambia y altera esta evaluación, notificaré a la escuela tan pronto como posible pero en un plazo no superior a 10 días.
- Por la presente reconozco haber recibido educación, incluida la recepción de información escrita sobre la Signos, síntomas y riesgos de una conmoción cerebral relacionada con el deporte. También reconozco que he leído, comprender y aceptar cumplir con la Política de manejo de conmociones cerebrales de UHSAA y/o la política del escuela mencionada anteriormente. <http://www.uhsaa.org/SportsMed/ConcussionManagementPlan.pdf>

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Declaración del estudiante**

Al firmar a continuación reconozco:

- Esta solicitud para competir en atletismo interescolar para la escuela mencionada anteriormente es completamente voluntaria por mi parte. parte y se hace en el entendimiento de que no he violado ninguna de las reglas de elegibilidad y regulaciones de la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Utah.
- Mi responsabilidad de informar a mis entrenadores y a mis padres/tutores la enfermedad o lesión que experimente.
- Haber recibido educación, incluida información escrita sobre signos, síntomas y Riesgos de conmoción cerebral relacionada con el deporte. También reconozco mi responsabilidad de informar a mis entrenadores y padres/tutores cualquier signo o síntoma de una conmoción cerebral.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## HISTORIAL MÉDICO ATLÉTICO Y EXAMEN PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Debe ser completado cada año escolar por el atleta y los padres antes de cualquier prueba, práctica o competencia atlética.

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

Medicamentos: enumere todos los medicamentos y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) recetados y de venta libre que está tomando actualmente.

Alergias: ¿Tiene alguna alergia? **Sí** **No** En caso afirmativo, identifique la alergia específica.

Medicamentos \_\_\_\_\_ Polen \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Insectos que pican \_\_\_\_\_

CUALQUIER RESPUESTA "SÍ" DEBE EXPLICARSE COMPLETAMENTE DESPUÉS DE CADA PREGUNTA EN EL ESPACIO

PREGUNTAS GENERALES	sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	sí	No
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
¿Tiene alguna condición médica actual? Si es así, identifíquelo a continuación: Asma Anemia Diabetes Infecciones Otros:			¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital?			¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (machos), tu bazo o cualquier otro órgano?		
<b>PREGUNTAS SOBRE TI SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN</b>	<b>sí</b>	<b>No</b>	¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia doloroso en el área de la ingle?		
¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?			¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			¿Tiene sarpullidos, llagas por presión u otros problemas de la piel?		
¿Alguna vez su corazón se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?		
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco? Si es así, marque todo lo que corresponda: Presión arterial alta Colesterol alto Enfermedad de Kawasaki Un soplo cardíaco Una infección cardíaca Otro:			¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?		
¿Alguna vez un médico le ha ordenado una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)?			¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu visión?		
¿Se siente mareado o le falta más aire de lo esperado durante el ejercicio?			¿Ha tenido alguna lesión en los ojos?		
¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?			¿Usas gafas o lentes de contacto?		
¿Se cansa más o le falta el aire más rápidamente que sus amigos durante el ejercicio?			¿Utiliza protección para los ojos, como gafas protectoras o una careta?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN ACERCA DE SU FAMILIA</b>	<b>sí</b>	<b>No</b>	¿Te preocupa tu peso?		
¿Algún familiar o pariente ha muerto por un problema cardíaco o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluido ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita infantil)?			¿Estás intentando o alguien te ha recomendado que subas o bajes de peso?		
¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			¿Sigues una dieta especial o evitas cierto tipo de alimentos?		
¿Alguien en su familia tiene algún problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?			¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
¿Alguien en su familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o estuvo a punto de ahogarse?			<b>PREGUNTAS SOBRE ENFERMEDADES POR CALOR</b>	<b>sí</b>	<b>No</b>
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>sí</b>	<b>No</b>	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perderse una práctica o un juego?			¿Sufres calambres musculares frecuentes cuando haces ejercicio?		
¿Alguna vez ha tenido algún hueso roto, fracturado o dislocado?			¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE LA CABEZA Y EL CUELLO</b>	<b>sí</b>	<b>No</b>
¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?			¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?		
¿Alguna vez le han dicho que tiene o le han hecho una radiografía por una inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial (síndrome de Down o enanismo)?			¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
¿Utiliza regularmente aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de asistencia?			¿Alguna vez ha recibido un golpe o golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
¿Tiene alguna lesión ósea, muscular o articular que le moleste?			¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
¿Alguna de sus articulaciones le duele, se hincha, se siente caliente o se ve roja?			¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
¿Tiene algún historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			<b>SOLO MUJERES</b>		
¿Ha tenido algún problema de dolor, hinchazón, fractura, esguince, distensión o dislocación en alguna articulación? Especifique a continuación si es así			¿Cuándo fue su primera menstruación (edad en la que comenzó)?		
En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique a continuación: Cabeza _____ Cuello _____ Espalda _____ Hombro _____ Brazo _____ Codo _____ Dedo _____ Muñeca _____ Mano _____ Españilla/Pantorrilla _____ Muslo _____ Rodilla _____ Cadera _____ Tobillo _____ Pie _____			¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?		
			¿Cuánto tiempo suele tener desde el inicio de un periodo hasta el inicio de otro?		
			¿Cuántos periodos has tenido en el último año?		
			¿Cuál fue el tiempo más largo entre periodos en el último año?		

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL MÉDICO ATLÉTICO Y EXAMEN PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Debe ser completado cada año escolar por el atleta y los padres antes de cualquier prueba, práctica o competencia atlética.

NOTA: Si un estudiante atleta está bajo tratamiento médico específico (es decir, medicamentos, etc.), el proveedor médico adecuado realizará el examen físico previo a la participación, ya que estos problemas se abordarán adecuadamente durante el examen.

### INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Deportes): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado en la escuela \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular del atleta (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección del atleta: \_\_\_\_\_

### EXAMEN: PARA SER COMPLETADO SÓLO POR UN MÉDICO

Altura peso: _____	Masculino	Femenino	Legumbres: _____	PA: _____ / _____	% Grasa Corporal (opcional) _____
Visión: Izquierda _____ / _____ Derecha _____ / _____			Corregido: Sí No		Alumnos: Iguales Desiguales
Vacunas: tétanos _____		MMR _____	Siempre b _____		Varicela _____
MÉDICO GENERAL (por favor ponga sus iniciales)			MUSCULOESQUELÉTICO (por favor ponga sus iniciales)		
	Normal	Hallazgos anormales		Normal	Hallazgos anormales
Apariencia (estigmas de Marfan)			Cuello		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta (Pupilas Iguales, Audición)			Atrás		
Ganglios linfáticos			Hombro/Brazo		
Soplos cardíacos)			Codo/Antebrazo		
Pulsos (pulsos femorales y radiales simultáneos)			Muñeca/ Mano/ Dedos		
Pulmones			Muslo de la cadera		
Abdomen			Rodilla		
Piel (HSV, MRSA, tiña)			Pierna/ Tobillo		
Neurológico			Pie/Dedos de los pies		
Genitourinario (solo hombres)			Funcional (caminata como pato, salto con una sola pierna)		

### RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (El médico DEBE seleccionar uno de los elementos que se enumeran a continuación)

\_\_\_\_\_ PARTICIPACIÓN PLENA E ILIMITADA  
 \_\_\_\_\_ PARTICIPACIÓN LIMITADA— NO puede participar en lo siguiente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ PENDIENTE AUTORIZADO —Seguimiento documentado de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ NO AUTORIZADO PARA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

Comentarios del médico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, reconozco que estoy certificado en una especialidad médica y, como tal, estoy al día en el mantenimiento de mi credencial.

Proveedor médico: \_\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

Firma Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SI ESTE FORMULARIO NO ESTÁ COMPLETAMENTE COMPLETO INCLUYENDO AL MÉDICO DIRECCIÓN Y NÚMERO, NO SE ACEPTARÁ

Dirección del consultorio del médico

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_