

PRE-PARTICIPACIÓN EVALUACIÓN FORMA FISICA

HISTORIA

(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y sus padres antes de ver al médico, el médico debe guardar una copia de este formulario en la tabla para sus registros.)

Fecha del examen:				Fecha de nacimiento:	
Nombre:					
Sexo:	Años:	Grado:	Colegio:	Deportes:	
Medicamentos y alergias: Por favor lista de todos los prescripción y de venta libre de medicamentos y suplementos herbales y nutricionales () que está tomando actualmente:					
<input type="checkbox"/> Tiene algún tipo de alergia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, identificar alergia específica a continuación:					
<input type="checkbox"/> medicamentos:		<input type="checkbox"/> El polen:		<input type="checkbox"/> Comida:	
<input type="checkbox"/> Urticantes Insectos:					

Explicar respuestas "Sí" a continuación. preguntas círculo que no saben la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico negado o restringido su participación en deportes de cualquier razón?		
2. ¿Tiene alguna condición médica en curso? Si es así, por favor identifique abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otros:		
3. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
PREGUNTAS salud del corazón sobre usted	Sí	No
5. ¿Alguna vez ha desmayado o casi desmayado durante o después de ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, tensión o presión en su pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Su corazón siempre raza o omitir latidos irregulares (latidos) durante ejercicio?		
8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> La enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:		
9. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón? (Por ejemplo, ECG / EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Qué se obtiene de mareo o se siente más dificultad para respirar de lo esperado durante el ejercicio?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?		
12. Se llega más cansado o le falta el aire más rápidamente que sus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS salud del corazón sobre su familia	Sí	No
13. cualquier miembro de la familia o un pariente ha muerto a causa de problemas cardíacos o tuvieron una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidente de coche sin explicación, o el síndrome de muerte súbita del lactante)?		
14. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, de Marfan síndrome, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o un desfibrilador?		
dieciséis. Alguien en su familia habla inexplicables desmayos, sin explicación convulsiones, o cerca de ahogamiento?		
HUESO Y PREGUNTAS COMUNES	Sí	No
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?		
18. ¿Ha tenido algún hueso roto o fracturado o articulaciones dislocadas?		
19. ¿Ha tenido una lesión que requiere rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
21. ¿Alguna vez le ha dicho que tiene o ha tenido una radiografía de la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlanto? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Cómo se usa con regularidad un aparato ortopédico, ortopédicos, u otro dispositivo de ayuda?		
23. ¿Tiene un hueso, músculo o lesión de la articulación que le molesta?		
24. ¿Alguno de sus articulaciones se vuelven dolorosas, hinchadas, se siente caliente, o ser de color rojo?		
25. ¿Tiene alguna historia de la artritis juvenil o tejido conectivo enfermedad?		

Algunas de las preguntas	Sí	No
26. ¿Tose, sibilancias o dificultad para respirar durante o después de ejercicio?		
27. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
28. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (machos) o bazo, o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
32. ¿Tiene alguna erupciones cutáneas, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
33. ¿Ha tenido un herpes o infección MRSA en la piel?		
34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
35. ¿Ha tenido un éxito o un golpe en la cabeza que causó confusión, dolores de cabeza prolongados, o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene un historial de trastornos convulsivos?		
37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caerse?		
40. ¿Alguna vez ha enfermado durante el ejercicio en el calor?		
41. ¿Le da calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
42. ¿Tiene usted o alguien de su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
43. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o la vista?		
44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
45. ¿Cómo se usa anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usa gafas de protección, tales como gafas o una careta?		
47. ¿Qué se preocupan por su peso?		
48. ¿Estás tratando o alguien recomendado que usted gana o pierde peso?		
49. ¿Está usted en una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno de la alimentación?		
51. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con el doctor?		
SOLO MUJERES	Sí	No
52. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?		
54. ¿Cuántos períodos han tenido en los últimos 12 meses?		
Explicar respuestas "Sí" aquí:		

Por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores ar e completa y correcta. Firma del Atleta:		
Firma del padre (s) o tutor:		Fecha:

Pre participación evaluación física formulario de examen médico

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Recordatorios médicos: 1. Considere preguntas adicionales sobre las cuestiones más sensibles. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente estresado o bajo mucha presión? • ¿Se siente triste, desesperado, deprimido o ansioso? • ¿Se siente seguro en su casa o residencia? • ¿Alguna vez has probado cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco, o por inmersión? • Durante los últimos 30 días, ¿Usó tabaco de mascar, tabaco o por inmersión? • ¿Usted bebe alcohol o usa otros medicamentos? • ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o usado cualquier otro suplemento de rendimiento? • ¿Alguna vez ha tenido alguna suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? • ¿Usa el cinturón de seguridad, usar un casco, y el uso de los condones? 2. Considere las preguntas sobre la revisión de los síntomas cardiovasculares (preguntas 5-14).			
EXAMEN			
Altura:	Peso:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hembra
BP: / (/)	Legumbres:	Visión: R 20 / L 20 /	corregido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MÉDICO	NORMAL	Los hallazgos anormales	
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> • estigmas Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, brazo span> altura, hiperlaxitud, la miopía, MVP, insuficiencia aórtica) Ojos / oídos / nariz / garganta 			
<ul style="list-style-type: none"> • alumnos iguales • Al oír los 			
ganglios linfáticos			
del corazón * <ul style="list-style-type: none"> • Los soplos (auscultación de pie, en posición supina, +/- Valsalva) • Localización de punto de pulso máxima Pulsos (PMI) 			
<ul style="list-style-type: none"> • femoral simultánea y pulsos radiales Pulmones 			
Abdomen			
Genitourinario (machos solamente) **			
Piel <ul style="list-style-type: none"> • HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis neurológica 			

MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	Los hallazgos anormales	
cuello			
Espalda			
Hombro / Brazo			
Codo / antebrazo			
cadena / rodilla del			
muslo de la pierna			
del pie / tobillo /			
dedos de los pies			
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Pato-pie, sola pierna lúpulo 			
<small>* Considere ECG, ecocardiograma, y la remisión a la cardiología de antecedentes cardiacos anormales o examen; ** Considere examen GU si en el entorno privado. Se recomienda tener presente terceros. ***Considere evaluación cognitiva o la prueba neuropsiquiátrica línea de base si existen antecedentes de conmoción cerebral significativa.</small>			
<input type="checkbox"/> Despejado para todos los deportes sin restricción.			
<input type="checkbox"/> Despejado para todos los deportes, sin restricciones con recomendaciones para la evaluación o tratamiento para:			
<input type="checkbox"/> No borrado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A la espera de una evaluación adicional <input type="checkbox"/> Para cualquier deporte <input type="checkbox"/> Para ciertos deportes (por favor indique): Motivo:			
Recomendaciones:			
He examinado el estudiante arriba mencionado y completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes de practicar y participar en el deporte (s) como se indica anteriormente. Una copia del examen físico está en el registro en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela, a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta ha sido aprobado para la participación, el médico puede rescindir el espacio libre hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se explican por completo al atleta (y los padres / tutores).			
Nombre del médico (tipo / impresión):		Fecha:	
Dirección:		Teléfono:	
Firma del médico (MD / DO / ARNP / PA / quiropráctico):			

Pre participación evaluación física

Asociación Actividad Secundaria del Estado de Missouri Declaración (MSHSAA) Elegibilidad y Autorización

ACUERDO DEL ESTUDIANTE (respecto a las condiciones de participación)

Esta aplicación para representar a mi escuela en atletismo inter es totalmente voluntaria por mi parte y se hace con el entendimiento de que he estudiado y entender las normas de elegibilidad que deben cumplir para representar a mi escuela y que no he violado ninguna de ellas.

He leído, entendido y acusar recibo del folleto MSHSAA titulado "Cómo mantener y proteger su derecho a recibir la secundaria", que contiene un resumen de las reglas de elegibilidad del MSHSAA. (Entiendo que una copia de la *Manual MSHSAA* está en el archivo con el director y el administrador atlético y que pueda revisarlo en su totalidad, si así lo desean. Todo MSHSAA los estatutos y reglamentos de la *Manual* También se publican en el sitio web en MSHSAA www.mshsaa.org).

Yo entiendo que una escuela miembro de MSHSAA debe cumplir con todas las reglas y regulaciones que se refieren a los programas patrocinados por la escuela, atletismo interescolar, y reconozco que las reglas locales pueden ser más estrictas que las normas MSHSAA.

También entiendo que si no cumplo con las normas de ciudadanía establecidos por la escuela o si estoy expulsado de un concurso inter-escolar a causa de un acto antideportivo, que podría dar lugar a mí, no se les permita participar en el próximo concurso o suspensión del equipo ya sea temporal o permanentemente.

Entiendo que si se me cae una clase, tomar el trabajo del curso a través de la opción Mensaje -alumnos de inscripción, Flexibilidad de crédito, u otras opciones educativas, esta acción podría afectar el cumplimiento de las normas académicas y MSHSAA mi elegibilidad.

Entiendo que la participación en actividades deportivas interescolares es un privilegio y no un derecho. Como estudiante atleta, comprendo y acepto las siguientes responsabilidades:

- Voy a respetar los derechos y las creencias de los demás y tratar a los demás con cortesía y consideración.
- Voy a ser totalmente responsable de mis propias acciones y las consecuencias de mis acciones.
- Voy a respetar la propiedad de otros.
- Voy a respetar y obedecer las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Voy a mostrar respeto a aquellos que son responsables de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

He completado y / o comprobado que parte de este certificado, que me obliga a enumerar todas las lesiones anteriores o condiciones adicionales que son conocidos por mí, lo cual puede afectar a mi rendimiento en la representación de mi escuela, y verificar que es correcta y completa.

Firma del Atleta:

Fecha:

El permiso del padre (Autorización para el tratamiento, la divulgación de información médica y de Información de Seguros)

Consentimiento informado: Por su naturaleza, la participación en actividades deportivas interescolares incluye el riesgo de lesiones corporales graves y la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis B. Aunque las lesiones graves no son comunes y el riesgo de transmisión del VIH es casi inexistente en los programas atléticos escolares supervisados, es imposible para eliminar todos los riesgos. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar de todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado, e inspeccionar su propio equipo a diario. **Los padres, tutores o estudiantes que posiblemente no desea aceptar el riesgo DESCRIBE EN ESTE AVISO NO DEBEN firmar este formulario. ESTUDIANTES no podrán participar en MSHSAA- PATROCINADO DEPORTE SIN EL ESTUDIANTE Y / TUTOR / S firma del padre.**

Yo entiendo que en el caso de una lesión o enfermedad que requiera el transporte a un centro de atención médica, se hará un intento razonable para comunicarse con el padre o tutor en el caso de que el estudiante-atleta de ser menor de edad, pero que, de ser necesario, el estudiante -athlete será transportado en ambulancia al hospital más cercano.

Por la presente damos nuestro consentimiento para que el estudiante arriba para representar a su / su escuela en atletismo interescolar. También damos nuestro consentimiento para él / ella para acompañar al equipo en los viajes y no responsable a la escuela en caso de accidente o lesión, ya sea en ruta hacia o desde otra escuela o durante la práctica o un concurso interescolar; y por la presente consiente en mantener el distrito escolar de la cual esta escuela es una parte y la MSHSAA, sus empleados, agentes, representantes, entrenadores y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, reclamaciones o demandas de cualquier tipo y naturaleza que sea, que pueda surgir por o en conexión con la participación de mi hijo / pupilo en cualquier actividad relacionada con el programa interescolar de su / su escuela.

Si no se puede llegar y en el caso de una emergencia, también damos nuestro consentimiento para la escuela para obtener a través de un médico u hospital de su elección, como la atención médica que sea razonablemente necesario para el bienestar del estudiante, si él / ella se lesiona en el curso de las actividades deportivas escolares. Se autoriza la divulgación de la información médica necesaria para el médico, entrenador de atletismo, y / o personal de la escuela relacionadas con dicho tratamiento / cuidado. Entendemos que la escuela no puede proporcionar el transporte a todos los eventos, y permitir / no permiten (circule uno) a mi hijo a conducir su / su vehículo en un caso así.

Para habilitar la MSHSAA para determinar si el documento estudiante llamado es elegible para participar en deportes escolares en la escuela miembro MSHSAA, consiento a la divulgación de cualquier y todas las partes de los archivos de registro de la escuela a MSHSAA, a partir de séptimo grado, del presente documento llamado estudiante, incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, los registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia del padre (s) o tutor (s), dirección de residencia del estudiante, trabajo académico completado, calificaciones recibidas, y los datos de asistencia.

Confirmamos que esta aplicación para el estudiante arriba para representar a su / su escuela en atletismo inter se hace con el entendimiento de que hemos estudiado y comprender las normas de elegibilidad que nuestro hijo / a debe cumplir para representar a su / su escuela y que él / ella no ha violado ninguna de ellas. También entendemos que si nuestro hijo / hija no cumple con los estándares de ciudadanía establecidos por la escuela o si él / ella es expulsada de un concurso inter-escolar a causa de un acto antideportivo, que podría dar lugar a que él / ella no se le permite participar en el próximo concurso o suspensión del equipo, ya sea temporal o permanentemente.

Consentimiento para el tratamiento de la MSHSAA del nombre del estudiante nombrado en la presente, la imagen, y la información relacionada con el atletismo en los informes de concursos, publicaciones de promoción de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar.

Decimos también que hemos completado esa parte de este certificado que nos obliga a enumerar todas las lesiones anteriores o condiciones adicionales que son de nuestro conocimiento que pueden afectar el rendimiento o el tratamiento de este atleta y certificar que es correcto y completo.

El MSHSAA Estatutos establecen que un estudiante no se le permitirá practicar o competir por una escuela hasta que tenga la verificación de que él / ella tiene cobertura de seguro médico / accidente básica, que incluye el atletismo. Nuestro hijo / hija está cubierto por el seguro básico de salud / accidente para el año escolar en curso, como se indica a continuación:

Nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:
Firma del padre (s) o tutor:	Fecha:

PADRES Y FIRMA DEL ESTUDIANTE (Materiales de conmoción cerebral)

Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y enfermedades a mi escuela y el personal médico (médico deportivo formador / equipo), incluyendo todos los signos y síntomas de una conmoción cerebral. He recibido y leído los materiales MSHSAA sobre las conmociones cerebrales, que incluye información sobre la definición de una conmoción cerebral, los síntomas de una conmoción cerebral, qué hacer si tengo una conmoción cerebral y cómo prevenir una conmoción cerebral. Informaré a mi escuela y atlético médico formador / equipo de inmediato si nota cualquiera de estos síntomas o si soy testigo de un compañero de equipo con estos síntomas.

Firma del Atleta:	Fecha:
Firma del padre (s) o tutor:	Fecha:

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Padre (s) o tutor	Dirección	Número de teléfono
Nombre de Contacto	Relación con el atleta	Número de teléfono
Nombre de Contacto	Relación con el atleta	Número de teléfono