

HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN FÍSICO

NOMBRE DEL ATLETA _____ Colegio Escuela secundaria de Glenwood Springs Grado _____
Por favor imprimir

Parents: Please fill in the questionnaire below (parts A & B) and the PARENT PERMISSION on the back and sign before your child's examination. This will give the examining physician important information regarding your child's medical history. The completed and signed form must be brought to the examination. Note that if any questions in Part B are answered yes, the athlete's regular physician must do the exam.

Historia (debe ser llenado y firmado por los padres antes del examen y llevado al examen por el atleta)

1. Enumere cualquier enfermedad grave, pasada o presente.. _____
2. Enumere cualquier operación. _____
3. Enumere cualquier lesión grave (conmoción cerebral, fracturas). _____
4. Enumere cualquier alergia a alimentos o medicamentos _____
5. ¿Toma el niño algún medicamento? (por favor liste) _____
6. ¿Algún historial de problemas cardíacos? _____
7. ¿Algún historial de epilepsia o convulsiones? _____
8. ¿Algún historial de problemas renales? _____
9. ¿Algún historial de problemas de sangrado? _____
10. ¿Algún historial de rodilla, espalda u otros problemas musculoesqueléticos? _____
11. ¿Alguna otra información pertinente? _____

Historia (debe ser llenado y firmado por los padres) Si alguna de las preguntas de la Parte B responde afirmativamente, el médico habitual del atleta debe realizar el examen.

1. ¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio? _____
2. ¿Alguna vez ha tenido dolor intenso en el pecho durante o después del ejercicio? _____
3. ¿Te cansas fácilmente, en comparación con tus amigas? _____
4. ¿Alguna vez le han dicho de un soplo en el corazón? _____
5. ¿Alguna vez ha tenido palpitaciones o el corazón le dio un vuelco? _____
6. ¿Alguien en su familia inmediata (madre, padre, hermano) murió de problemas cardíacos o murió repentinamente antes de los 50 años? _____
7. ¿Consume alguna 'droga callejera' (cocaína, anfetaminas, etc.)? _____
8. ¿Alguna vez le han negado la participación en deportes? _____

Firma de los padres _____

Azúcar _____

Examen físico

Edad _____ Peso _____ Altura _____ Presión arterial _____ Orina _____ Albúmina _____

	Normal	Anormal			
HEENT (Incluyendo dientes)	_____	_____	Espalda (incluyendo escoliosis)	_____	_____
Corazón	_____	_____	Piernas, Pies y Articulaciones	_____	_____
Abdomen	_____	_____	Piel	_____	_____
Genitales (solo niños)	_____	_____	Neurológica	_____	_____
Otra	_____	_____	Hernia	_____	_____

Recomendación

- _____ Está bien para todos los deportes.
_____ Necesita evaluación médica adicional (comuníquese con su médico de familia)
_____ Participación Limitada (Describa)

Firma del médico _____ **Fecha** _____

ROARING FORK SCHOOL DISTRICT ATHLETIC PARTICIPATION

PERMISO DE LOS PADRES

Aunque la participación en actividades y programas atléticos supervisados se encuentra entre las actividades menos peligrosas en las que se involucrará cualquier estudiante, ya sea dentro o fuera de la escuela, la naturaleza misma de estos programas crea la posibilidad de lesiones. Los padres deben ser conscientes de que existe la posibilidad de lesiones mientras los estudiantes participan en actividades escolares o atléticas. Aquellos padres que no deseen exponer a sus hijos a esta posibilidad no deben firmar este formulario de permiso.

Por la presente doy mi consentimiento para _____

para competir en atletismo en Glenwood Springs High School, en los programas deportivos aprobados por el distrito escolar de Roaring Fork, excepto los tachados a continuación. FÚTBOL, FÚTBOL DE NIÑOS, CAMPO A TRAVÉS, ALEGRÍA, VOLEIBOL, BALONCESTO DE NIÑOS, BALONCESTO DE NIÑAS, NATACIÓN DE NIÑAS, LUCHA, BÉISBOL, PISTA, FÚTBOL DE NIÑAS, TENIS, GOLF DE NIÑAS, NATACIÓN DE NIÑOS, LACROSSE DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____

Fecha _____