

Distrito Escolar Unificado De Los Ángeles Cuestionario de Evaluación Física Previa a la Participación

Fecha del examen: _____

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Deporte(s): _____

Domicilio: _____ Teléfono de casa #: _____

Doctor o proveedor médico personal: _____ Teléfono del Doctor o proveedor médico personal #: _____

Persona a contactar en caso de emergencia.: Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfonos de persona a contactar en caso de emergencia #: Casa: _____ Trabajo: _____ Cel #1: _____ Cel #2: _____

Medicamentos y alergias: Por favor enumere todas las medicinas con y sin receta médica y suplementos (naturales y nutritivos) con o sin receta médica que actualmente toma:

¿Padece de alguna alergia? ☐ Si ☐ No. Si marcó 'Si', por favor identifique la alergia específica a continuación.:

☐ Medicamentos: _____ ☐ Polen: _____ ☐ Alimentos: _____ ☐ Picaduras de insectos: _____

Esta sección debe ser cuidadosamente completada por el estudiante junto con sus padre(s)/madre(s) o tutor(es) legal(es) antes de participar en el programa deportivo interescolar. Explique las respuestas donde contesto "Si" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.

Nota: Un estudiante-atleta no podrá participar si las afecciones preexistentes que figuran en el historial médico escolar no se indican en el formulario de antecedentes de PPE ni se abordan en el examen físico.

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MEDICAS		Sí	No			
1.	¿Alguna vez un médico te ha negado o restringido tu participación en deportes por alguna razón?	☐	☐	25.	¿Tienes tos, sibilancia o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐			
2.	¿Tienes alguna condición médica crónica? Si es así, indícala a continuación: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones ☐ Otras:	☐	☐	26.	¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?	☐	☐			
3.	¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital?	☐	☐	27.	¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, u otro órgano?	☐	☐			
4.	¿Alguna vez has tenido una cirugía?	☐	☐	28.	¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia dolorosa o hemia en la zona de la ingle?	☐	☐			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN				29.				¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	☐	☐
5.	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	☐	☐	30.	¿Tienes algún sarpullido, úlceras por presión u otros problemas en la piel?	☐	☐			
6.	¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?	☐	☐	31.	¿Has tenido una infección cutánea por herpes o SARM (MRSA en inglés)?	☐	☐			
7.	¿Alguna vez tu corazón se ha acelerado o ha latido irregularmente durante el ejercicio?	☐	☐	32.	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐			
8.	¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes problemas del corazón? Especifica:	☐	☐	33.	¿Alguna vez has recibido un golpe en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	☐	☐			
9.	¿Alguna vez has dado positivo en una prueba de COVID-19? Fecha de la prueba (+) de COVID-19:	☐	☐	34.	¿Tienes antecedentes de trastorno convulsivo?	☐	☐			
10.	¿Algún médico te ha requerido alguna vez un examen del corazón? (por ejemplo: electrocardiograma, ecocardiograma)	☐	☐	35.	¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?	☐	☐			
11.	¿Te mareas o te falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?	☐	☐	36.	¿Alguna vez has sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de recibir un golpe o una caída?	☐	☐			
12.	¿Alguna vez has tenido una convulsión sin explicación?	☐	☐	37.	¿Alguna vez no has podido mover los brazos o piernas después de un golpe o una caída?	☐	☐			
13.	¿Te cansas más o te falta el aire más rápido que a tus amigos durante el ejercicio?	☐	☐	38.	¿Alguna vez te has sentido mal mientras hacías ejercicio en el calor?	☐	☐			
PREGUNTAS DE SALU SOBRE TU FAMILIA				39.				¿Tienes calambres musculares frecuentes cuando haces ejercicio?	☐	☐
14.	¿Algún miembro de tu familia o pariente ha fallecido por problemas del corazón o ha muerto repentinamente o de forma inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico sin causa conocida)?	☐	☐	40.	¿Tú o algún miembro de tu familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐			
15.	¿Algún familiar tuyo tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?	☐	☐	41.	¿Has tenido algún problema en los ojos o en la vista?	☐	☐			
16.	¿Alguien en tu familia ha tenido algún problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado antes de los 35 años?	☐	☐	42.	¿Alguna vez has tenido una lesión ocular?	☐	☐			
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES				43.				¿Usas lentes o lentes de contacto?	☐	☐
17.	¿Alguna vez has tenido una lesión, como un esguince, desgarre muscular o de ligamentos, o tendinitis, que te haya hecho faltar a un entrenamiento o partido?	☐	☐	44.	¿Usas equipo de protección ocular, como lentes de seguridad o un protector facial?	☐	☐			
18.	¿Has tenido algún hueso roto o fracturado, o alguna articulación dislocada?	☐	☐	45.	¿Te preocupa tu peso?	☐	☐			
19.	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?	☐	☐	46.	¿Estás tratando de subir o bajar de peso, o alguien te lo ha recomendado?	☐	☐			
20.	¿Te han dicho que tienes o te han realizado una radiografía de inestabilidad cervical o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)	☐	☐	47.	¿Estás siguiendo una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?	☐	☐			
21.	¿Usas regularmente un aparato ortopédico, plantillas u otro dispositivo auxiliar?	☐	☐	48.	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?	☐	☐			
22.	¿Tienes una lesión en huesos, músculos o articulaciones que te molesta?	☐	☐	49.	¿Tienes alguna inquietud que te gustaría discutir con un médico?	☐	☐			
23.	¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, se hinchan, se sienten calientes o se ven rojas?	☐	☐	SOLO PARA EL GENERO FEMENINO						
24.	¿Tienes algún historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?	☐	☐	50.	¿Alguna vez has tenido un periodo menstrual?	☐	☐			
				51.	¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?					
				52.	¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?					
				53.	¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?					
				Explica las respuestas marcadas con Sí aquí:						

Por la presente declaro, según mi leal saber y entender, que mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas:

Firma del atleta: _____ Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Los Angeles Unified School District Preparticipation Physical Evaluation Form

The section below is to be completed by physician or staff after history and consent forms are completed.

Student's Name: _____ DOB: _____
 Height: _____ Weight: _____ %BMI (optional): _____ Pulse: _____ BP: _____ / _____ (_____ / _____, _____ / _____)
 Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Yes ☐ No Pupils: Equal _____ Unequal _____

EMERGENCY INFORMATION:		
Allergies: _____		Other Information: _____
MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart ¹ • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ²		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ³		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional • Duck walk, single leg hop		
¹ Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam ² Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended. ³ Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric setting if a history of significant concussion.		
CLEARANCE		
☐ Medically eligible for all sports/activities without restriction		
☐ Medically eligible for all sports/activities without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of:		
☐ Medically eligible for certain sports/activities:		
☐ Not medically eligible pending further evaluation:		
☐ Not medically eligible for any sports/activities:		

Recommendations: _____

I have evaluated the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent contraindications to practice, tryout and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parent/guardian. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Physician/ Provider (print and include official stamp) (MD, DO, NP or PA): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician/ Provider: _____

Modified from 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 Sports Medicine, 2019