

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

Fecha del exámen: \_\_\_\_\_

ANEXO A-1

Nombre del alumno(a): _____	Sexo: _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____ Escuela: _____	Deporte(s): _____		
Dirección: _____	Teléfono: _____		
Doctor o proveedor médico personal: _____			
Persona a notificar en caso de emergencia. Nombre: _____	Relación: _____		
Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____	(Celular) _____	(Celular) _____	

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

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

Medicamentos

Polen

Alimentos

Picaduras de insectos

*El padre/madre/tutor legal y el alumno(a) deben llenar completamente esta sección antes de participar en el programa deportivo interescolar. Explique las respuestas con "Sí" a continuación. Marque con un círculo las preguntas que no sepa.*

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
1. ¿Alguna vez le ha negado un doctor la participación en los deportes por alguna razón?				26. ¿Tose, resopla o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?			
2. ¿Padece de alguna afección médica constante? Si respondió 'Sí', por favor identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____				27. ¿Ha usado alguna vez un inhalante o tomado medicina para el asma?			
3. ¿Alguna vez pasó la noche en el hospital?				28. ¿Alguien de su familia padece de asma?			
4. ¿Alguna vez tuvo alguna cirugía?				29. ¿Nació sin un riñón o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulbo o hernia dolorosa en la ingle?			
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?				31. ¿Ha padecido de mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?			
6. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?				32. ¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?			
7. ¿Su corazón a veces se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?				33. ¿Ha tenido una infección por herpes o de MRSA?			
8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que padece de problemas cardíacos? Si respondió 'Sí', marque lo que corresponda:				34. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o conmoción cerebral?			
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca				35. ¿Ha tenido algún golpe o impacto a la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?			
<input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco				36. ¿Tiene un historial de trastorno de ataques?			
<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro: _____				37. ¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio?			
9. ¿Alguna vez le ordenó el doctor una prueba del corazón (por ejemplo un electrocardiograma o ecocardiograma)?				38. ¿Alguna vez ha sentido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de caerse o ser golpeado(a)?			
10. ¿Se marea o le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?				39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas luego de caerse o ser golpeado(a)?			
11. ¿Ha tenido alguna vez algún ataque inexplicable?				40. ¿Alguna vez le ha dado náuseas o vómito mientras hacía ejercicio en el calor?			
12. ¿Se cansa o le falta el aire más rápidamente que a sus amigos durante el ejercicio?				41. ¿Le dan calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?			
PREGUNTAS DE LA SALUD DE SU FAMILIA		Sí	No	42. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgos de o padece de anemia drepanocítica?			
13. ¿Ha habido alguna muerte por problemas cardíacos o una muerte repentina e inesperada o inexplicable antes de los 50 años de algún miembro de su familia o pariente (incluyen ahogados, accidente automovilístico inexplicable, o síndrome de muerte infantil súbita)?				43. ¿Ha tenido problemas de los ojos o la visión?			
14. ¿Alguien de su familia padece de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo o corto, síndrome de Brugada o taquicardia catecolaminérgica polymórfica ventricular?				44. ¿Ha sufrido alguna lesión de los ojos?			
15. ¿Alguien de su familia padece de problemas cardíacos, tiene un marcapasos o desfibrilador implantado?				45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?			
16. ¿Alguien de su familia se ha desmayado o ha tenido algún ataque inexplicable o ha estado a punto de ahogarse?				46. ¿Usa lentes de protección, tales como gafas protectoras o protector facial?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No	47. ¿Le preocupa su peso?			
17. ¿Ha tenido alguna lesión, tal como una forcedura, desgarre muscular o de un ligamento o tendonitis, que le haya hecho faltar a la práctica o a algún juego?				48. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien se lo ha recomendado?			
18. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?				49. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de comida?			
19. ¿Ha tenido alguna lesión que ha requerido Rayos X, IRM, escaner, TAC, una terapia de inyecciones, un aparato ortopédico, yeso o muletas?				50. ¿Ha padecido alguna vez de un trastorno alimenticio?			
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura de fatiga?				51. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría tratar con un doctor?			
21. ¿Le han dicho alguna vez que se haga o se ha hecho una radiografía para la inestabilidad atlantoaxial o del cuello? (Síndrome de Down syndrome o enanismo)				PARA MUJERES SOLAMENTE			
22. ¿Usa regularmente algún aparato ortopédico, ortótico o de asistencia?				52. ¿Alguna vez ha tenido su periodo menstrual?			
23. ¿Tiene alguna lesión del hueso, músculo o articulación que le moleste?				53. ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?			
24. ¿Alguna articulación le duele, se hincha, se siente tibia o se ve rojiza?				54. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?			
25. ¿Tiene un historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?				Explique aquí las respuestas de "Sí."			

Por la presente indico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas anteriores están completas y correctas.

Firma del atleta \_\_\_\_\_ Firma del parente/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

BUL-4948.2

## Physical Examination Form

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

ANEXO A-1

Student's Name:	DOB:
Height: _____ Weight: _____ %BMI (optional): _____	Pulse: _____ BP: _____ / _____ ( _____ / _____ , _____ / _____ )
Vision: R 20/_____ L 20/_____	Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Pupils: Equal _____	Unequal _____

### EMERGENCY INFORMATION

Allergies:

Other Information:

MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance ● Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high arched palate, pectus excavatum, arachnodactyl, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ Ears/ Nose/ Throat ● Pupils equal ● Hearing		
Lymph Nodes		
Heart <sup>1</sup> ● Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) ● Location of point of maximal impulse (PMI)		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) <sup>2</sup>		
Skin ● HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic <sup>3</sup>		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/ Arm		
Elbow/ Forearm		
Wrist/ Hand/ Fingers		
Hip/ Thigh		
Knee		
Leg/ Ankle		
Foot/ Toes		
Functional ● Duck walk, single leg hop		

<sup>1</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam

<sup>2</sup> Consider GU exam if in private setting. Having 3rd party present is recommended.

<sup>3</sup> Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric setting if a history of significant concussion.

### Clearance

<input type="checkbox"/> Cleared for all sports without restriction
<input type="checkbox"/> Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
<input type="checkbox"/> Not cleared
<input type="checkbox"/> Pending further evaluation
<input type="checkbox"/> For any sports
<input type="checkbox"/> For certain sports: _____

Reason/Recommendations: \_\_\_\_\_

I have evaluated the above-named student and completed the Pre-Participation 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. 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/ type/ 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, 2010.