

# Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

**Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico.** Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

**Cuestionario para la Participación Atlético** (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Hembra \_\_\_ Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

Nombre de padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA SALUD** (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en al otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

*Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...*

- 1 \_\_\_ \_\_\_ Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida?
- 2 \_\_\_ \_\_\_ Enfermedad que dura más de una (1) semana?
- 3 \_\_\_ \_\_\_ El Asma o dificultad que respira durante ejercicio?
- 4 \_\_\_ \_\_\_ Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?
- 5 \_\_\_ \_\_\_ La Diabetes?
- 6 \_\_\_ \_\_\_ Epilepsia u otros ataques?
- 7 \_\_\_ \_\_\_ Llevar lentes o lentillas?
- 8 \_\_\_ \_\_\_ La infección del herpes o MRSA?
- 9 \_\_\_ \_\_\_ Hospitalizaciones (de noches o más largo)?
- 10 \_\_\_ \_\_\_ El Síndrome de Marfan?
- 11 \_\_\_ \_\_\_ Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?
- 12 \_\_\_ \_\_\_ La fiebre Reumática, el mononucleosis?
- 13 \_\_\_ \_\_\_ Las tomas o frecuente dolores de cabeza?
- 14 \_\_\_ \_\_\_ La cirugía?
- \*\*\*\*\*
- 15 \_\_\_ \_\_\_ Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?
- 16 \_\_\_ \_\_\_ El mareo o desmayar con ejercicio?
- 17 \_\_\_ \_\_\_ Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?
- 18 \_\_\_ \_\_\_ Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?
- 19 \_\_\_ \_\_\_ La hipertensión o el colesterol alto?

*Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...*

- 20 \_\_\_ \_\_\_ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 21 \_\_\_ \_\_\_ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 22 \_\_\_ \_\_\_ El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armamentos o piernas con contacto?
- \*\*\*\*\*
- 23 \_\_\_ \_\_\_ El músculo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?
- \*\*\*\*\*
- 24 \_\_\_ \_\_\_ Fractura, la fractura por sobrecarga o articulación dislocada?
- 25 \_\_\_ \_\_\_ Las heridas que requieren el tratamiento médico?
- 26 \_\_\_ \_\_\_ La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
- 27 \_\_\_ \_\_\_ La herida del cuello?
- 28 \_\_\_ \_\_\_ Aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, equipos de protección?
- 29 \_\_\_ \_\_\_ Otras heridas articulación graves?
- 30 \_\_\_ \_\_\_ Doloroso abultamiento o hernia en la ingle?
- 31 \_\_\_ \_\_\_ Rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, terapia física?
- \*\*\*\*\*
- 32 \_\_\_ \_\_\_ Un médico ha negado nunca o restringido su participación en los deportes por cualquier razón?
- 33 \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene alguna duda que le gustaría discutir con su proveedor de atención médica?

*Si No Historia de Familia*

- 34 \_\_\_ \_\_\_ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
- 35 \_\_\_ \_\_\_ ¿Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inexplicada antes de la edad de 50 años?
- 36 \_\_\_ \_\_\_ ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?
- 37 \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene alguien en su familia había inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?
- 38 \_\_\_ \_\_\_ ¿Alguien en su familia tiene asma?
- 39 \_\_\_ \_\_\_ ¿Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "sí" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional: \_\_\_\_\_

40 ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: \_\_\_\_\_

41 Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-  
A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

42 Año del último conocido- El tétano inyección \_\_\_\_\_ Vacunación de Meningitis \_\_\_\_\_ Vacunación de Influenza \_\_\_\_\_

43 ¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría \_\_\_\_\_ Menos \_\_\_\_\_

44 ¿Está usted contento con su peso actual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES SOLO-**

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? \_\_\_\_\_

2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? \_\_\_\_\_

**Registro Físico del Examen** (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta \_\_\_\_\_ La altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_ Tensión \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Repita si anormal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_) la Visión R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual)	_____	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____	_____
5. El cuello	_____	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____	_____
7. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____	_____
11. Pele	_____	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____	_____
13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____	_____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - \_\_\_\_\_

**La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales**

**REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION**

**LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)**

Béisbol       Baloncesto       A campo través       Fútbol americano       Golf       Fútbol  
 Béisbol para chicas       Natación       Tenis       pista(correr)       Voleibol       Lucha  
 Lanzamiento

**Espacio Libre pendiente documentado sigue de** \_\_\_\_\_

**No aprobado para la Participación Atlética debido a:** \_\_\_\_\_

Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió) \_\_\_\_\_

La Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Médico Licenció Profesional \_\_\_\_\_

Numero del teléfono \_\_\_\_\_

**El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)**

Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. Doy también mi permiso para el médico del equipo, entrenador atlético, u otro personal calificado para dar los primeros auxilios el tratamiento a mi hijo o la hija en un acontecimiento atlético en caso de la herida.

El nombre del padre/guardián (Imprimió) \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera) \_\_\_\_\_

El numero del teléfono \_\_\_\_\_

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética, Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser conectadas a esta forma.