



FORMULARIO DE APROBACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO

Este formulario debe encontrarse en el archivo escolar antes de que el estudiante pueda participar en algún equipo de atletismo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: ____ Género: M / F

Domicilio: _____

Teléfono de la casa: ____ - ____ - _____

Escuela: _____ Año escolar: ____ Deportes: _____

Certifico que el estudiante nombrado anteriormente en este formulario ha sido examinado médicamente y está físicamente apto para: (Marque una casilla).

(1) Participar en todas las actividades interescolares de la escuela sin restricciones.

(2) No está autorizado para: Todos los Deportes Deportes específicos _____

Tache los deportes específicos mencionados a continuación para los que no está autorizado a participar.

Deportes clasificados según contacto físico:

Deportes de contacto fuerte		Deportes de contacto limitado			Deportes sin contacto físico	
Básquetbol	Hockey sobre hielo	Béisbol	Esquí alpino	Atletismo	Boliche	Carreras en pista
Lacrosse varonil	Fútbol	Animación	Sófbol femenino	Salto de altura	Carreras a campo traviesa	Atletismo
Clavados	Lucha	Lacrosse femenino		Salto con garrocha	Golf	Lanzamiento de disco
Fútbol americano		Gimnasia femenil		Voleibol femenino	Natación	Lanzamiento de bala
					Tenis	

Deportes clasificados según intensidad y esfuerzo:

Mucha intensidad Actividad dinámica alta a moderada Actividad estática alta a moderada	Mucha intensidad Actividad dinámica alta a moderada Actividad estática baja	Mucha intensidad Actividad dinámica baja Actividad estática alta a moderada	Poca intensidad Actividad dinámica baja Actividad estática baja
Esquí alpino	Béisbol	Animación femenil	Boliche
Carreras a campo traviesa	Lacrosse (varonil y femenil)	Clavados	Golf
Fútbol americano	Fútbol	Deportes de campo	
Hockey sobre hielo	Sófbol femenino	Gimnasia femenil	
Pista, distancia	Natación		
Pista, carreras de velocidad	Tenis		
Lucha	Voleibol femenino		

(3) Se requieren pruebas adicionales antes de poder hacer una recomendación final.

Recomendaciones adicionales para la escuela o para los padres: _____

Examiné al estudiante nombrado anteriormente en este formulario y llevé a cabo la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s) indicado(s) anteriormente. Una copia del examen físico está en el archivo de mi consultorio y puede enviarse a la escuela a solicitud de los padres. Si surgiera una condición médica después de que se haya autorizado al atleta a participar, el médico podrá rescindir la autorización hasta que la condición desaparezca y las consecuencias potenciales se le hayan explicado detalladamente al atleta (y a los padres o tutores).

Firma del examinador: _____ DO MD NP PA Fecha del examen: _____

Nombre del examinador en letra de molde: _____

Domicilio: _____

Teléfono del consultorio: ____ - ____ - _____

COPIE LAS DOS CARAS DE ESTA HOJA PARA QUE EL ESTUDIANTE LA DEVUELVA A LA ESCUELA, Y GUARDE EL FORMULARIO ENTERO EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL ESTUDIANTE.

----- < DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO > -----

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA: _____ Año escolar: _____

Alergias, reacciones a medicamentos, medicamentos administrados actualmente: _____

Otra información médica especial: _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono: (Casa) ____ - ____ - _____ (Trabajo) ____ - ____ - _____ (Móvil) ____ - ____ - _____

Médico particular _____ Teléfono del consultorio ____ - ____ - _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN

- Para ser llenado por un padre, tutor o estudiante-atleta mayor de 18 años. Tómese el tiempo necesario para llenar el formulario con el fin de asegurar la buena salud y seguridad del estudiante-atleta.
- El padre, tutor o estudiante mayor de edad debe firmar en **cuatro (4)** espacios (en esta página y en la página 3).
- La evaluación debe realizarse **el 15 de abril o posteriormente** para que sea válida para el siguiente año escolar.
- En el archivo del departamento de atletismo de la escuela deben guardarse copias de las dos primeras páginas, el Formulario de Autorización y el Formulario de Consentimiento e Información.

Nombre del estudiante: _____			
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Género: _____	Año escolar: _____	Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____		Deporte(s): _____	
Domicilio del estudiante: _____			
Calle	Ciudad	C. P.	
Nombre del padre o tutor: _____			
Teléfono (casa): _____		(trabajo): _____	(móvil): _____
Nombre de la madre o tutor: _____			
Teléfono (casa): _____		(trabajo): _____	(móvil): _____

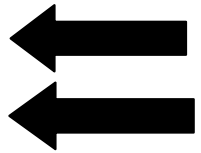
PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD

A mi leal saber y entender, la información consignada en este formulario es correcta. Mediante mi firma / la firma de mi hijo que se encuentra más abajo, yo/nosotros reconocemos haber recibido la información educativa sobre contusiones que exigen los requisitos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y de la MHSAA. Además, en consideración a la participación de mi hijo / mi participación en los eventos deportivos patrocinados por la MHSAA, yo/nosotros, por la presente, aceptamos, comprendemos, apreciamos y reconocemos: que la participación en esas actividades deportivas es completamente voluntaria; que dichas actividades implican ejercicio y contacto físico; y que existe un riesgo inherente de lesiones personales relacionado con la participación en dichas actividades que yo/nosotros asumimos y aceptamos; y por la presente, renunciamos a toda reclamación, demanda, pérdida, acciones legales o pretensión en contra de la MHSAA, sus integrantes, funcionarios, representantes, miembros del comité, empleados, agentes, abogados, aseguradores, voluntarios y afiliados con base en cualquier lesión que sufra yo, mi hijo o cualquier persona, sea por riesgo inherente, accidente, negligencia o algún otro motivo durante la participación de mi hijo en un evento deportivo patrocinado por la MHSAA o como consecuencia de dicho evento.

Yo/nosotros comprendemos que se espera que yo/nosotros cumplamos cabalmente con todas las políticas deportivas establecidas en el distrito escolar que me corresponde y en la MHSAA.

Por la presente, yo/nosotros damos nuestro consentimiento para que el alumno indicado anteriormente participe en los eventos deportivos interescolares y para que se le proporcione a la MHSAA la información protegida por FERPA y por HIPAA a fin de determinar el derecho de participación en los eventos deportivos interescolares. Mi hijo tiene mi permiso para acompañar al equipo como participante en los viajes fuera de la ciudad.

Firma del ESTUDIANTE _____ Fecha: _____



Firma del PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DEL SEGURO: Nuestro hijo o hija cumplirá con todos los reglamentos específicos del seguro del distrito escolar.
El estudiante-atleta tiene seguro de salud: Sí No

En caso afirmativo: Compañía de seguros de la familia _____ N° de identificación del seguro: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO: Yo, _____, estudiante de 18 años de edad, o el padre o tutor de _____, reconozco que a raíz de la participación en atletismo, pudiera ser necesario un tratamiento médico de emergencia, y además reconozco que el personal de la escuela probablemente no pueda contactarme para obtener mi consentimiento para la atención médica de emergencia. Por el presente doy mi consentimiento para que se proporcione dicha atención médica de emergencia, incluida la atención hospitalaria, según se considere necesario en las circunstancias que se presenten y asumo los gastos que dichos cuidados generen.

Firma del PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD _____ Fecha _____



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

(El médico debe mantener este formulario en el expediente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Considere hacer preguntas adicionales sobre los temas más delicados.
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Algunas veces se siente triste, sin esperanzas, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su casa o domicilio?
 - ¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco para mascar, el tabaco en polvo o el polvo húmedo de tabaco?
 - En los últimos 30 días, ¿usó tabaco masticable, tabaco en polvo o polvo húmedo de tabaco?
 - ¿Bebe alcohol o usa alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha consumido esteroides anabólicos o ha utilizado otro suplemento para el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha consumido algún suplemento para ayudarle a subir o bajar de peso o mejorar su rendimiento?
 - ¿Usa el cinturón de seguridad, casco y preservativos?
2. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a la 14).

EXAMEN		
Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
PA _____ / _____	Pulso _____	Vista D 20/ _____ I 20/ _____
Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
EVALUACIÓN MÉDICA	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazos extendidos > estatura, hiperlaxia, miopia, PVM, insuficiencia aórtica) 		
Ojos, oídos, nariz, garganta <ul style="list-style-type: none"> • Pupilas isocóricas • Oído 		
Nodos linfáticos		
Corazón ^a <ul style="list-style-type: none"> • Soplos (auscultación de pie, acostado boca arriba, +/- Valsalva) • Localización del choque de punta 		
Pulsos <ul style="list-style-type: none"> • Pulsos femorales y radiales simultáneos 		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo varones) ^b		
Piel <ul style="list-style-type: none"> • VHS, lesiones que sugieren SARM, tiña corporal 		
Neurología ^c		
EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Marcha de pato, saltos con una pierna 		

^a Considerar electrocardiograma, ecocardiograma y referir a cardiología por antecedentes cardíacos anormales o a evaluación.

^b Considerar examen GU si es un consultorio privado. Se recomienda la presencia de un tercero.

^c Considerar evaluación cognitiva o evaluación de referencia neuropsiquiátrica si existen antecedentes importantes de contusiones.

- Autorizado para todos los deportes sin restricciones.
- Autorizado para todos los deportes sin restricciones con la recomendación de realizar otras evaluaciones o tratamiento para _____
- No autorizado.
- Pendiente de evaluación adicional.
- Para ningún deporte.
- Para ciertos deportes: _____
- Motivo: _____

Recomendaciones _____

He examinado al alumno cuyo nombre aparece al inicio de este documento y le realicé la evaluación física previa a la participación. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para participar y practicar en el o los deportes que se indican arriba. En mi consultorio queda una copia de la evaluación física y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si se llegara a presentar alguna condición después de que el deportista ha sido autorizado para participar, el médico puede revocar la autorización hasta que se resuelva la condición y las posibles consecuencias se hayan explicado en su totalidad al deportista /y a sus padres o tutor).

Nombre del médico (letra de molde) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ MD o DO