



**Historia Médica y Examen Físico**

El examen físico debe ser completado y firmado al **reverso de la hoja** por su médico, (M.D.) doctor de osteopatía, (D.O.) enfermera practicante, (NP) asistente médico – certificado (PA-C) o quiropráctico (D.C.) # permiso\_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Forma completada por \_\_\_\_\_ Proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

**PADRES: Por favor llenen este lado de la forma antes del examen físico.**

Si su niño/a ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, anote el año.

Rubeola (3-Días)	Tosferina	Viruela	Bronquitis	Neumonía	Fiebre Reumática	Infecciones
------------------	-----------	---------	------------	----------	------------------	-------------

**Estatus de Salud Actual del Niño/a:**

1. Describa cualquier problema médico o de salud significativo (asma, diabetes, epilepsia, condición del corazón, riñon, etc.) \_\_\_\_\_
2. ¿Está el niño tomando algún medicamento recetado, medicina sin receta médica o inhalador por ahora?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez su niño/a ha usado un inhalador? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o mareado su niño durante o después de ejercicios? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Describa \_\_\_\_\_
5. ¿Ha fallecido algún miembro de familia o pariente, de problemas del corazón o muerte súbita antes de los 50? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez ha sido referido su niño con un proveedor de atención medica por problemas de huesos, coyunturas o musculares?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez ha sido referido su niño con un proveedor de atención médica por problemas de la vista?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Preocupaciones: \_\_\_\_\_
8. ¿Alguna vez ha sido referido su niño con un dentista por cuidado dental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
9. ¿Usa su niño algún equipo correctivo especial o de protección? (Lentes, lentes de contacto, frenos dentales, aparatos auditivos, prótesis – ojo, diente, extremidad artificial, etc.) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Qué? \_\_\_\_\_
10. ¿Alguna vez, ha tenido su niño alguno de las siguientes preocupaciones?  

Dificultad auditiva	Si _____ No _____	Limitaciones física	Si _____ No _____
Problemas del habla	Si _____ No _____	Alergias	Si _____ No _____
Heridas graves	Si _____ No _____	Heridas de cabeza	Si _____ No _____
Cirugías	Si _____ No _____	Hospitalizaciones	Si _____ No _____

Explique aquí las respuestas de SI \_\_\_\_\_

**Permiso de Padres/Tutores para la Participación del Estudiante en Deportes en Secundaria y Preparatoria**

- Advertencia: aunque la participación es supervisada, los deportes y actividades interescolares pudiera ser los menos peligrosos en la cual cualquier estudiante participe dentro o fuera de la escuela. NATURALMENTE, LA PARTICIPACIÓN EN LOS DEPORTES INTERESCOLARES INCLUYE UN RIESGO DE HERIDA LA CUAL PUDIERA VARIAR EN SEVERIDAD, DESDE ALGO MENOR HASTA ALGO CATASTRÓFICO A LARGO PLAZO. Aunque heridas graves no son comunes en programas deportivos en la escuela y supervisados, es imposible eliminar este riesgo.
- Los participantes pueden y tiene la responsabilidad de ayudar a reducir el riesgo de una herida. LOS JUGADORES DEBEN OBEDECER LAS REGLAS DE SEGURIDAD, REPORTAR TODO PROBLEMA FÍSICO A SUS ENTRENADORES, SEGUIR UN PROGRAMA DE CONDICIÓN APROPIADO E INSPECCIONAR SU EQUIPO DIARIAMENTE.
- Al firmar la forma de permiso, reconocemos que hemos leído y entendemos esta advertencia. LOS PADRES O ESTUDIANTES QUE NO DESEEN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITOS EN ESTA ADVERTENCIA, NO DEBEN FIRMAR ESTA FORMA DE PERMISO.
- Por la presente, doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ compita en los deportes para la escuela \_\_\_\_\_, en la Asociación Deportiva Aprobada de Actividades de Escuelas Preparatorias en Colorado excepto aquellos eliminados abajo: beisbol, basquetbol, carreras, futbol americano, golf, gimnasia, porristas, pompones, futbol soccer, softbol, natación, tenis, atletismo, lucha grecorromana, voleibol. Yo entiendo que mi niño no puede participar en deportes al menos que él/ella este cubierto por el plan escolar de cobertura por accidentes, bajo mi costo, o el equivalente en una póliza de seguro medico familiar. Yo certifico que él/ella está en conformidad con este reglamento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
 NOTA: ESTA DECLARACIÓN DEBE ESTAR EN EL EXPEDIENTE EN LA OFICINA DE DEPORTES PARA CADA ESTUDIANTE QUE PARTICIPA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS INTERESCOLARES. EL EQUIPO NO SERÁ ENTREGADO HASTA QUE ESTA FORMA SEA DEVUELTA AL ENTRENADOR DE DICHO DEPORTE.



Para Ser Completado por el Proveedor de Atención Médica

EXAMEN FÍSICO

	Normal	Abnormal	Explanation
General Appearance			
Skin			
Eyes			
E-N-T			
Teeth			
Neck			
Chest			
Heart			
Abdomen			
Genitalia			
Extremities			
Spine			
Neurological			
Allergies			
Endocrine			
Laboratory: Urinalysis			
Blood Count			

IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY:

Dates of MMR (1)\_\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_\_ Hepatitis B (1)\_\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_\_ (3)\_\_\_\_\_

Varicella\_\_\_\_\_ Hepatitis A\_\_\_\_\_ Other\_\_\_\_\_

Weight:\_\_\_\_\_ Height:\_\_\_\_\_ Blood Pressure\_\_\_\_\_

Is there any history of birth injury, head injury, abnormal growth or development, or history of congenital defects in this child or family?\_\_\_\_\_

Recommendations to School Health Services or other personnel. Any precautions or restrictions?\_\_\_\_\_

HEALTH CARE PROVIDER'S CERTIFICATION OF EXAMINATION

I hereby certify that I have examined \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date).

Signature \_\_\_\_\_ Stamp/Print Name \_\_\_\_\_

For Middle/ High School Sports Only

HEALTH CARE PROVIDER'S CERTIFICATION FOR MIDDLE/ HIGH SCHOOL ATHLETIC PARTICIPATION

I hereby certify that I have examined \_\_\_\_\_. Student is:

- cleared for all sports.
- cleared after completing evaluation / rehabilitation for: \_\_\_\_\_
- not cleared for (please circle):
 

Baseball	Basketball	Cross Country	Football	Gymnastics	Cheerleading
Poms	Soccer	Softball	Tennis	Track/Field	Wrestling
Golf	Swimming	Volleyball			

Reason: \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

Name of Health Care Provider (print / type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of HCP \_\_\_\_\_ M.D., D.O., NP, PA-C, D.C. Spc# \_\_\_\_\_

(Valid for 365 days unless rescinded)

ADAPTED: American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.