

Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Dakota del Sur.



PAQUETE DE FORMULARIOS DE PRE- PARTICIPACION

AÑO ESCOLAR 2024-25

*Última actualización 18 de marzo de 2024 por Daniel Swartos

Dentro de este paquete, usted encontrará los siguientes formularios e información que se distribuyen a los participantes en las actividades de SDHSAA para el año escolar 2024-25 de acuerdo con la política local y de SDHSAA:

- SDHSAA Información sobre los estatutos del examen previo a la participación (solo información).
- SDHSAA FORMULARIO DE PERMISO Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES- Debes ser llenado cada año, independientemente de si el atleta se somete o no a un examen físico.
- SDHSAA FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICO- para ser llenado cada.
- SDHSAA FORMULARIO QUE CONTIENE LA INFORMACIÓN SOBRE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)- debe llenarse todos los años, independientemente de si el atleta se someterá el examen físico o no.
- SDHSAA FICHA TÉCNICA DE CONMOCIÓN- para ser completadas CADA año, independientemente de si el atleta se está sometiendo a un examen físico o no.
- SDHSAA FORMULARIO DE PREPARTICIPACIÓN PROVISIONAL: debe ser completado/llenado solo en años donde el participante no se realiza un examen físico (bienal/trienal).
- SDHSAA FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD: debe completarse solo en los años en que si se está realizando un examen físico (anual/bienal/trienal).
- SDHSAA FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO DE PRE-PARTICIPACIÓN- para ser completado como registro del examen físico, cuando haya prescrito.

2024-25 SDHSAA FORMULARIO DE REGLAS A SEGUIR POR LOS PARTICIPANTES

Según los estatutos de la SDHSAA, existen las siguientes responsabilidades aplicables para las Partes respectivas:

Juntas escolares / Distritos:

1. Cada Junta Escolar y / o cuerpo directivo determinará la frecuencia de los exámenes físicos. En acorde con la SDHSAA y la Academia Estadounidense de Pediatría, et. al. ©, 2019, Los atletas escolares deben completar sus exámenes físicos al menos una vez cada tres años.
2. Toda la información de salud de los estudiantes debe manejarse y almacenarse de acuerdo con las reglamentaciones de HIPAA y FERPA.
3. NOTA: En el año escolar 2020-21, la SDHSAA, junto con el Comité Asesor de Medicina Deportiva de la NFHS, recomendaron que los distritos escolares que opten por exigir un examen físico anual o bienal consideren la posibilidad de renunciar al requisito de completar un examen físico antes del año escolar 2022-23 debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19. Esa renuncia * ya no * está en vigor. Asegúrese de que los exámenes físicos se completen en sus intervalos regulares programados a partir de este momento.

Miembros atléticos de la Escuela / Departamentos de actividades:

1. Cada miembro de la escuela deberá proporcionar copias de todos los formularios necesarios para que todos los estudiantes puedan completarlos antes de la participación.
2. Los miembros de las escuelas deben mantener un archivo de cada uno de los formularios que se mencionan en la página anterior.
3. A los miembros de las escuelas de les pueden permitir que los exámenes físicos se completen después del 1 de abril del año escolar anterior para que puedan aplicar para el siguiente año escolar.
4. Toda la información de salud de los estudiantes debe manejarse y almacenarse de acuerdo con las reglamentaciones de HIPAA y FERPA.

Profesionales médicos:

1. Los formularios se requieren la certificación de un profesional médico es específico a doctores de medicina, doctores de osteopenia, Doctores Chiro prácticos, Asistentes Médicos o Enfermeras Practicantes. para aquellas personas que son: Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Doctor en Quiropráctica, Auxiliares médicos o Enfermeras Profesionales (Ley Codificada de Dakota del Sur). Poner el sello del nombre de una clínica o asociación no es aceptable- todos los formularios deben estar firmados por profesionales médicos autorizados de acuerdo con lo que corresponda.
2. Los formularios de historial médico deben presentarse a la persona que realiza el examen físico a la hora del examen.

SDHSAA CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

Devuelva este formulario a la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Año escolar: 2024-25 _____

Lugar de nacimiento: _____

Nombre de la escuela secundaria: _____

El padre y el estudiante, al firmar este formulario, aceptan:

1. Comprender y aceptar que la participación en las actividades patrocinadas por la SDHSAA es voluntaria por parte del estudiante y se considera un privilegio.
2. Entiende y acepta que:
 - a) Mediante este formulario de consentimiento, la SDHSAA ha notificado a los padres y al alumno sobre la existencia de peligros potenciales asociados con la actividad atlética;
 - b) La participación en cualquier actividad atlética puede implicar algún tipo de lesión;
 - c) La gravedad de tales lesiones puede variar desde pequeños cortes, contusiones, esguinces y distensiones musculares hasta lesiones más graves, como lesiones en los huesos, las articulaciones, los ligamentos, los tendones o los músculos.
También pueden producirse lesiones delicadas en la cabeza, el cuello y la médula espinal y conmociones cerebrales. En raras ocasiones, lesiones tan graves que provocan invalidez total, parálisis y muerte;
 - d) Incluso con el mejor entrenamiento, el uso del mejor equipo de protección y el estricto cumplimiento de las reglas, las lesiones siguen siendo una posibilidad; y;
 - e) Al firmar este formulario, doy / damos nuestro consentimiento para que el estudiante incluido en la lista compita en las pruebas aprobadas por SDHSAA, atletismo para el año escolar como se indica en este formulario. Además, yo / nosotros damos nuestro permiso para que nuestro hijo participe en los deportes organizados por la escuela secundaria, teniendo pleno conocimiento de que dicha actividad implica el potencial de lesión y daño que existe como un elemento inherente a todos los deportes.
3. Comprender, dar su consentimiento y estar de acuerdo con la participación del estudiante en las actividades de la SDHSAA, sujetas a todos los estatutos y reglas de la SDHSAA. Es importante conocer y tener un buen conocimiento de la interpretación de las reglas para la participación en las actividades patrocinadas por la SDHSAA, las reglas de las actividades de los miembros de la escuela de la SDHSAA en la que participa el estudiante; y
4. Comprender, dar su consentimiento y aceptar que la información del directorio de identificación personal sobre el estudiante puede ser divulgada como resultado de su participación en actividades patrocinadas por SDHSAA. Tal directorio de información puede incluir, pero no se limita a, la fotografía, el nombre, el nivel de grado, la altura, peso y participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos. Si yo / nosotros no deseamos que dicha información sea divulgada, yo / nosotros debemos notificar a la escuela secundaria mencionada anteriormente, este pedido debe ser por escrito, indicando la negativa de permitir la divulgación de cualquier o toda esa información personal, antes de la participación del estudiante en programas o actividades patrocinadas

Firma del padre

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

SDHSAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

Fecha de nacimiento: _____

La SDHSAA recomienda que todos los miembros de las escuelas reciban el consentimiento de todos los estudiantes y padres / tutores, guardianes antes de empezar las actividades, para garantizar que se pueda proporcionar atención médica al estudiante durante cualquier actividad fuera de casa. Este formulario debe mantenerse tanto en el archivo de la escuela como en posesión del entrenador / patrocinador autorizado del estudiante como sigue:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO (para aquellos niños de 18 años o menos en cualquier momento durante el período escolar 2024-25):

Yo, _____ soy el (marque uno) padre o tutor legal, de

_____, que participa en actividades y / o atletismo por o para

_____, Colegio Secundario. Por la presente doy mi consentimiento para cualquier servicio médico que puede ser requerido mientras dicho niño está bajo la supervisión de un empleado de la escuela secundaria mencionada, mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela, y por la presente nombro a dicho empleado para que actúe en mi nombre para obtener servicios médicos de cualquier proveedor médico debidamente autorizado.

Firma del Padre

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE (para que lo completen todos los estudiantes):

Yo, _____ he leído el formulario de consentimiento para tratamiento médico que está firmado arriba, y , como individuo mayor de edad, doy mi consentimiento para los mismos servicios médicos y acciones consignados en este formulario.

Firma del estudiante

Fecha

SDHSAA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA (HIPAA)

Nombre del estudiante: _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo / Nosotros los abajo firmantes aceptamos lo presente:

1. Autorizo el uso o divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente, incluida la Información del examen físico e historial de pre-participación inicial y provisional referente a la capacidad para participar en actividades patrocinadas por la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Dakota del Sur. Tal divulgación puede ser realizada por cualquier proveedor de atención médica que genere o mantenga dicha información con el propósito de evaluar, observar, diagnosticar y elaborar planes de tratamiento para lesiones que puedan ocurrir durante el período cubierto por este formulario, o, de condiciones preexistentes que requieren planes de atención relacionados con la participación durante el período de tiempo cubierto por este formulario.
2. La información identificada anteriormente puede ser utilizada o divulgada por la enfermera de la escuela, el entrenador atlético, coaches y proveedores médicos y otro personal escolar involucrado en la atención médica de este estudiante.
3. Esta información para la cual yo / nosotros autorizamos la divulgación se utilizará con el propósito de determinar la elegibilidad del estudiante para participar en actividades extracurriculares, cualquier limitación en tal participación y cualquier necesidad de tratamiento del estudiante.
4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si yo revocara esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en forma personal a la administración de la escuela. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a contestar un reclamo bajo mi póliza.
5. Esta autorización vencerá el 1 de julio de 2025.
6. Entiendo que una vez que la información anterior ha sido divulgada, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Escuelas, Distritos y el personal escolar deben respetar los límites de FERPA. Como tal, la divulgación y la nueva divulgación por parte de las escuelas o los empleados de la escuela deben realizarse de acuerdo con las pautas y regulaciones de FERPA.
7. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario. Sin embargo, la elegibilidad de un estudiante para participar en actividades extracurriculares depende de tal autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico.

Firma del Padre

Fechas

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años o cumple 18 años antes del 1 de julio de 2025)

Fecha

Este formulario debe ser completado anualmente y debe estar listo para inspección en la escuela.

¿Qué es una conmoción?

Una conmoción es una lesión cerebral que:

- Es causado por una colisión, golpe en la cara o sacudida en la cabeza o el cuerpo.
- Puede cambiar la forma en que su cerebro funciona normalmente
- Puede ocurrir durante prácticas o juegos en cualquier deporte o actividad recreativa
- Puede suceder incluso si no ha sido noqueado
- Puede ser serio incluso si te acaban de "golpear" o "Tu alarma acaba de sonar"

Todas las conmociones cerebrales son serias. Una conmoción cerebral puede afectar tu capacidad para realizar las tareas escolares y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de las personas con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo a su cerebro para sanar.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

Una concusión cerebral no se puede ver, pero se puede notar uno o más de los síntomas que se enumeran a continuación. Algunos síntomas no se pueden sentir inmediatamente, incluso, días o semanas después de la lesión.

• Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza	• Sentirse lento, brumoso, con niebla o aturdido
• Náuseas o vómitos	• Dificultad para prestar atención
• Problemas de equilibrio o mareos	• Problemas de memoria
• Visión doble o borrosa	• Confusión
• Molestia por la luz o el ruido	

¿Qué debo hacer si creo que tengo una conmoción cerebral?

- **Dígaselo a sus entrenadores y padres.** Nunca ignore una colisión o golpe en la cabeza, incluso si se siente bien. Además, dile al entrenador de inmediato si cree que tiene una conmoción cerebral o si uno de sus compañeros de equipo podría tener una concusión cerebral.
- **Hágase un chequeo médico.** Un médico u otro profesional de la salud puede decirle si tiene una concusión cerebral y cuándo estaría bien para volver a jugar.
- **Deje tiempo para mejorar.** Si tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras tu cerebro está recién sanando, es mucho más probable que tenga otra concusión cerebral. Las concusiones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que lleva para que se recupere y puede causar más daño a su cerebro. Es importante descansar y no volver a jugar hasta obtener la aprobación de su doctor o profesional de salud de que ya está libre de síntomas.

¿Cómo puedo prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que puede tomar para protegerse.

- Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo lo proteja, debe ser:
 - El equipo adecuado para el juego, la posición o la actividad.
 - Usado correctamente y del tamaño y ajuste correctos.
 - Se usa cada vez que juegas o practicas
- Siga las reglas de seguridad de su entrenador y las reglas del deporte
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento

ES MEJOR PERDER UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA – SI VES ALGO - ¡DIGALO, NO TE CALLES!!

Nombre del Estudiante (Escrito)

Firma del estudiante

Fecha

Firma de los padres _____ Fecha _____

¿Qué es una conmoción cerebral?

Una contusión es una conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales son causadas por una colisión, un golpe en la cara, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo. Incluso lo que parece ser un golpe leve o un golpe en la cabeza puede ser muy serio.

¿Cuáles son los signos y síntomas?

Una conmoción cerebral no se puede ver. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer o ser notados hasta días después de la lesión. Si su hijo adolescente presenta, uno o más síntomas de conmoción cerebral que se enumeran a continuación, o si nota los síntomas usted mismo, mantenga a su hijo adolescente fuera de juego y busque atención médica de inmediato.

Señales observadas por los padres o tutores

- Parece aturdido o confundido
- Está confundido acerca de la asignación o el puesto.
- Olvida una instrucción
- No está seguro del juego, el puntaje o el oponente
- Se mueve con torpeza
- Responde las preguntas lentamente
- Pierde el conocimiento (aunque sea brevemente)
- Muestra cambios en el estado de ánimo, comportamiento o personalidad.
- No puede recordar eventos antes de golpear o caer
- No puede recordar eventos después de un golpe o una caída.

Síntomas Reportados por el Atleta

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Sentirse lento, brumoso, con niebla o aturdido
- Problemas de concentración o memoria
- Confusión
- Simplemente no "se siente bien" o se "siente mal"

¿Cómo puede ayudar a su adolescente a prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los adolescentes pueden tomar para protegerse de las conmociones cerebrales y otras lesiones.

- Asegúrese de que use el equipo de protección adecuado para su actividad. Debe encajar correctamente, estar bien mantenido, y ser usado de manera consistente y correcta.
- Asegurarse de que sigan las reglas de seguridad de sus entrenadores y las reglas del deporte.
- Anímelos a practicar el buen espíritu deportivo en todo momento.

¿Qué debe hacer si cree que su hijo tiene una conmoción cerebral?

1. Mantenga a su hijo fuera del juego. Si su hijo tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. No deje que su hijo vuelva a jugar el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud, con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral, diga que su hijo no tiene síntomas y que está bien que vuelva a jugar. Una conmoción cerebral que se repite antes de que el cerebro se recupere de la primera, generalmente en un corto periodo de tiempo (horas, días o semanas), puede ralentizar la recuperación o aumentar la probabilidad de tener problemas a largo plazo. En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas pueden provocar un edema (inflamación del cerebro), daño cerebral permanente e incluso la muerte.

2. **Busque atención médica de inmediato.** Un profesional de la salud con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral podrá decidir qué tan grave es la conmoción cerebral y cuándo es seguro para que su hijo vuelva a practicar deportes.

3. **Enséñele a su hijo que no es inteligente jugar con una conmoción cerebral.** El descanso es clave después de una conmoción cerebral. A veces los atletas creen erróneamente que demuestra fuerza y valentía al jugar lesionado. Desaliente a otros para que no presionen a los atletas lesionados a jugar. No dejes que tu hijo te convenza de que está "bien"

4. **Informe a todos los entrenadores de su hijo y a la enfermera de la escuela sobre CUALQUIER conmoción cerebral.** Entrenadores, enfermeras escolares y otros miembros del personal de la escuela deben saber si su hijo ha tenido una conmoción cerebral alguna vez. Es posible que su hijo necesite limitar las actividades mientras se está recuperando de una conmoción cerebral. Cosas como estudiar, conducir, trabajar en una computadora, jugar video juegos, o hacer ejercicio puede hacer que los síntomas de la conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Hable también con su profesional de la salud. Así como con entrenadores, enfermeros escolares y maestros de su hijo. Si es necesario, pueden ayudar a ajustar las actividades escolares de su hijo durante el proceso de recuperación.

Nombre del padre

Fecha

Firma de los padres

Fecha

El nombre del estudiante

SDHSAA FORMULARIO PROVISIONAL DE HISTORIAL MÉDICO DE PRE-PARTICIPACIÓN Complete y firme este formulario (con los padres si es menor de 18 años) en los años en que no se le haya dado un examen físico alestudiante.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Fecha del examen: _____ **Grado:** _____ **Deportes:** _____

Enumere todas las condiciones médicas pasadas y actuales	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre o los suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indíquelos aquí:	

¿Durante de las dos semanas ya pasadas, con qué frecuencia usted ha sido molestado con los siguientes problemas? Ponga un círculo a su respuesta.

	nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
No poder controlar tus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines examinación				

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE “ENAÑO QUE PASO” Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA “YES” LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:

PREGUNTAS GENERALES	Yes	No	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (CONTINUACIÓN):	Yes	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			PREGUNTAS MEDICAS	Yes	No
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?			16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA	Yes	No	17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o MRSA?		
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiogram o echocardiogram)					

			mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
9. ¿Se siente mareado o siente que le falta aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
10. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA EN TU FAMILIA	Yes	No			
11. ¿Algún miembro de TU familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
			25. ¿Le preocupa su peso?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? (CVPT)			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
			27. ¿Está usted llevando una dieta especial, o trata de evitar ciertas comidas o grupos de comidas?		
			28. ¿Alguna vez ha tenido un desorden alimenticio?		
			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			SOLO PARA MUJERES	Yes	No
			30. ¿Alguna vez ha menstruado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Yes	No	31. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por stress o sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un juego?			32. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

CERTIFICACIÓN DE SALUD:

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario están completas y son correctas y el estudiante nombrado arriba está físicamente apto para participar en deportes Inter escolares durante el año escolar actual, incluidas las áreas marcadas con "sí" arriba:

Firma del atleta: _____

Firma del padre/ tutor (para menores de 18): _____

Fecha: _____

Formulario adaptado con permiso © Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Médico Estadounidense, 2019.

SDHSAA FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD: para ser completado (por el padre / tutor (si el estudiante es menor de 18 años) en los años en que se realiza un examen físico, antes del examen.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____ Grado _____ Deportes: _____

Enumere todas las afecciones médicas pasadas y actuales	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre o los suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indíquelos aquí:	

¿Durante de las dos semanas ya pasadas, con qué frecuencia usted ha sido molestado con los siguientes problemas? Ponga un círculo a su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
No poder controlar tus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines examinación				

**RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE “ENAÑO QUE PASO”
Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA “YES” LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:**

PREGUNTAS GENERALES	Yes	No	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (CONTINUACIÓN):	Yes	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			PREGUNTAS MEDICAS	Yes	No
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?			16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA	Yes	No	17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o MRSA?		
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiogram o echocardiogram)					

			mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
9. ¿se siente mareado o siente que le falta aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
10. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA EN TU FAMILIA	Yes	No			
11. ¿Algún miembro de TU familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
			25. ¿Le preocupa su peso?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? (CVPT)			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
			27. ¿Está usted llevando una dieta especial, o trata de evitar ciertas comidas o grupos de comidas?		
			28. ¿Alguna vez ha tenido un desorden alimenticio?		
			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			SOLO PARA MUJERES	Yes	No
			30. ¿Alguna vez ha menstruado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Yes	No	31. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por stress o sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un juego?			32. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

CERTIFICACIÓN DE SALUD:

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario están completas y son correctas y el estudiante nombrado arriba está físicamente apto para participar en deportes Inter escolares durante el año escolar actual, incluidas las áreas marcadas con "sí" arriba:

Firma del atleta: _____

Firma del padre/ tutor (para menores de 18): _____

Fecha: _____

Formulario adaptado con permiso © Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Médico Estadounidense, 2019.

SDHSAA FORMULARIO DE EXAMEN DE PREPARTICIPACION FISICA

Nombre del atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____

fecha del Examen: _____

Grado _____

Anual/Bienal/Trienal _____

Recomendaciones Físicas:**1. Considere preguntas adicionales sobre temas sensibles:**

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez se sintió triste, desesperado, sin esperanza, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente Seguro en casa o donde vive?
- ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, tabaco masticable?
- ¿En los últimos treinta días, ¿ha mascado tabaco, olido o usado vaporizador?
- ¿Toma bebidas alcohólicas o usa drogas?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o usado algún suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ganar o perder peso, o para mejorar su rendimiento?
- ¿Usa cinturón de seguridad o casco?

2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (#4-13 en el formato de la historia médica)

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	BP:
Pulso:	Visión: R 20/ L 20/	Corregido?:
MEDICO	Normal	Resultados Anormales
Apariencia		
Cabeza, Boca		
Ojos, oídos, nariz, boca, garganta – Pupilas y oído		
Ganglios linfáticos		
Corazón* -sonidos del corazón, murmullos, pulso, ritmo, auscultación		
Pulmones		
Abdomen – Hígado, bazo, masa.		
Piel - HSV, Lesiones, estafia, MRSA, etc		
Neurológico		

MUSCULOESQUELÉTICO	Normal	Resultados Anormales
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Muslo y cadera		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie & dedos		
Funcional • Prueba de sentadillas simple, prueba de sentadillas doble, prueba de caída de caja o de paso.		

* Considere electrocardiograma (ECG), ecocardiograma, derivar a un cardiólogo en caso de historia cardíaca anormal o resultados en los exámenes una combinación de ambas.

Participación en Deportes Recomendada por (Marque una):

- ☐ Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones.
- ☐ Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluaciones futuras o tratamiento de: _____
- ☐ Eligible medicamente para ciertos deportes (indicar aquí): _____
- ☐ No eligible medicamente, futuras evaluaciones pendientes _____
- ☐ No eligible medicamente para ningún deporte _____

Nombre del examinador _____

Firma del examinador: _____

Fecha del examen: _____

Nota: SDCL permite al Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Doctor en Quiropráctica, Asistente Médico Licenciado y Enfermeros Practicantes Licenciados como aquellos que pueden brindar esta recomendación.

* Formulario adaptado con permiso © Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Médico Estadounidense, 2019.

* Translated from English to Spanish by Nelly Nord on 05/23/2021, 605 295 5839.

* Updated by Daniel Swartos on 3/27/2023. 605-224-9261