

Examen físico obligatorio para los grados 7 a 8 de las escuelas de Boise

Es obligatorio que todos los estudiantes completen un examen físico e historial antes de su participación en los programas de educación física y atletismo. El examen corre a cuenta del estudiante y debe completarse **después del 1 de mayo** del año escolar de 6to grado. Este examen lo debe realizar un médico certificado, el asistente de un médico, una enfermera certificada o un quiropráctico.

Nombre _____ Dirección de casa _____

Teléfono _____ Grado _____ Deportes _____

Médico personal _____ Número de teléfono del médico _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Escuela _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

(Permiso y autorización del padre/madre o tutor legal)

Por este medio doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado arriba participe en el programa de educación física o programa atlético interescolar de la escuela a la que asiste. Este consentimiento incluye los viajes hacia y desde competencias atléticas y sesiones de práctica. Además, doy mi consentimiento para que se le proporcione el tratamiento que se considere necesario por parte de los médicos designados por las autoridades escolares en caso de cualquier enfermedad o lesión resultado de su participación en el deporte. También doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier información contenida en este formulario para realizar el tratamiento y operaciones de atención médica para el estudiante mencionado anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL

*Incluya detalles para las respuestas "SÍ" en el espacio inferior:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. A. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	_____	_____	5. ¿Tiene algún problema de la piel? (picazón, sarpullido, acné)	_____	_____
B. ¿Ha tenido alguna cirugía?	_____	_____	6. A. ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza?	_____	_____
2. ¿Actualmente toma algún medicamento o pastilla?	_____	_____	B. ¿Alguna vez un golpe lo ha dejado sin conocimiento o inconsciente?	_____	_____
3. ¿Tiene alguna alergia (medicina, abejas y otros insectos que piquen) ?	_____	_____	C. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	_____	_____
4. A. ¿Alguna vez se ha desmayado durante o después de ejercitarse?	_____	_____	D. ¿Alguna vez ha sentido un dolor punzante, quemante o nervio comprimido?	_____	_____
B. ¿Alguna vez se ha mareado durante o después de ejercitarse?	_____	_____	7. A. ¿Ha tenido calambres por calor?	_____	_____
C. ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho durante o después de ejercitarse?	_____	_____	B. ¿Alguna vez se ha mareado o desmayado en el calor?	_____	_____
D. ¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	_____	_____	8. ¿Le cuesta respirar o tose durante o después de ejercitarse?	_____	_____
E. ¿Alguna vez ha tenido hipertensión?	_____	_____	9. ¿Utiliza equipo especial, almohadillas frenillos o protectores de la boca u ojos?	_____	_____
F. ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	_____	_____	10. A. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o la vista?	_____	_____
G. ¿Alguna vez ha tenido palpitaciones ritmo cardíaco irregular?	_____	_____	B. ¿Utiliza anteojos, lentes de contacto o protección para los ojos?	_____	_____
H. ¿Alguien en su familia ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte repentina antes de los 50 años?	_____	_____			
11. ¿Alguna vez ha tenido un esguince/desgarre, dislocación, fractura o ha tenido inflamación repetida u otras lesiones de cualquiera de sus huesos o articulaciones?					
_____ Cabeza	_____ Cuello	_____ Pecho	_____ Espalda	_____ Cadera	
_____ Hombro	_____ Codo	_____ Antebrazo	_____ Muñeca	_____ Mano	
_____ Muslo	_____ Rodilla	_____ Espinilla/pantorrilla	_____ Tobillo	_____ Pie	
12. Alguna vez ha tenido algún otro problema médico tal como:					
_____ Mononucleosis	_____ Diabetes	_____ Asma	_____ Hepatitis		
_____ Dolores de cabeza (frecuentes)					
_____ Tuberculosis	_____ Lesiones oculares	_____ Úlcera estomacal	_____ Otros		
13. ¿Ha tenido algún problema médico o lesión desde el último examen?	_____				
14. ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétano?	_____				
¿Cuándo fue su última vacuna contra sarampión?	_____				
15. ¿Cuándo fue su primer período menstrual?	_____		¿Cuándo fue su último período menstrual?	_____	
¿Cuánto fue el tiempo más largo entre períodos el año pasado?	_____				

*Explique las respuestas "SÍ" aquí: _____

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Estudiante Nombre _____ BP _____ / _____

Altura _____ Peso _____ T _____ Pulso _____ Resp _____
 Agudeza visual D 20 / _____ I 20 / _____ Corregido S N Pupilas _____

Vacunas/refuerzos (revise si es actual y proporcione una copia del registro de vacunas)
 DT/Dtap/Tdap _____ HEP A _____ HEP B _____ HPV _____ Meningococo _____ MMR _____ OPV _____
 Varicela _____

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

	Normal	Anormal
Oídos, nariz, garganta	_____	_____
Cardiopulmonar		
Pulsos	_____	_____
Corazón	_____	_____
Pulmones	_____	_____
Piel	_____	_____
Abdominal	_____	_____
Genitales	_____	_____
Musculoesquelético	_____	_____
Cuello	_____	_____
Hombro	_____	_____
Codo	_____	_____
Muñeca	_____	_____
Mano	_____	_____
Espalda	_____	_____
Rodilla	_____	_____
Tobillo	_____	_____
Pie	_____	_____
Escoliosis	Positivo _____	Negativo _____
	*Bajo cuidado médico _____	_____

AUTORIZACIÓN/RECOMENDACIONES

Autorización:

_____ A. Autorizado para todos los deportes y otras actividades patrocinadas por la escuela.

_____ B. Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación de:

_____ C. Es estudiante NO tiene permitido participar en educación física o atletismo.
 Motivo: _____

Recomendación: _____

Firma del examinador: _____ Fecha: _____
 (Este formulario sobre información física debe estar firmado por uno de los siguientes: un médico autorizado, asistente del médico, enfermera certificada o quiropráctico)

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____