

Asociación de Actividades de las Escuelas Secundarias de Idaho
Formulario de consentimiento y examen médico de Idaho

Idaho Health Examination
and Consent Form
Spanish (Latin America)

Todos los estudiantes deben completar un examen de Historial y Físico antes de su primera práctica de 9° y 11° grado en el programa deportivo interescolar (9-12) en el estado de Idaho. El estudiante debe pagar el examen y no se puede realizar antes del 1 de mayo de los grados académicos 8 y 10. El examen debe ser realizado por un médico certificado, auxiliar de médico o enfermera especializada en condiciones óptimas. Durante los grados académicos 10 y 12 se requieren formularios de historial provisional, los cuales se deben enviar al director antes de la primera práctica.

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
 Grado _____ Deportes _____
 Médico personal _____ Número de teléfono del médico _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Escuela _____

Formulario de historial

Complete los detalles de las respuestas "Sí" en el espacio a continuación:

- | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|--|-------|-------|--|----|----|
| 1. A. ¿Alguna vez has estado hospitalizado(a)? _____ | _____ | _____ | | | |
| B. ¿Alguna vez te has sometido a una operación? _____ | _____ | _____ | | | |
| 2. ¿Actualmente tomas algún medicamento _____
o pastillas? _____ | _____ | _____ | | | |
| 3. ¿Tienes alguna alergia
(medicamento, abejas, otros insectos que pican)? _____ | _____ | _____ | | | |
| 4. A. ¿Alguna vez te has desmayado al realizar ejercicios o
después de hacerlos? _____ | _____ | _____ | | | |
| B. ¿Alguna vez te has mareado al realizar ejercicios o
después de hacerlos? _____ | _____ | _____ | | | |
| C. ¿Alguna vez has sentido dolor en el pecho al realizar ejercicios o
después de hacerlos? _____ | _____ | _____ | | | |
| D. ¿Te cansas más rápido que tus
amigos al realizar ejercicios? _____ | _____ | _____ | | | |
| E. ¿Has tenido alguna vez presión arterial alta? _____ | _____ | _____ | | | |
| F. ¿Alguna vez te han dicho que tienes un
soplo en el corazón? _____ | _____ | _____ | | | |
| G. ¿Alguna vez has tenido palpitaciones
o sensación de que el corazón se detiene? _____ | _____ | _____ | | | |
| H. ¿Ha muerto alguna persona de tu familia por problemas cardiacos
o de muerte repentina antes de los 50 años? _____ | _____ | _____ | | | |
| 5. ¿Tienes algún problema cutáneo?
(picazón, erupción, acné) _____ | | | | | |
| 6. A. ¿Has tenido alguna vez una lesión en la cabeza? _____ | | | | | |
| B. ¿Alguna vez has perdido el conocimiento o quedado
inconsciente? _____ | | | | | |
| C. ¿Alguna vez te han diagnosticado
una concusión? _____ | | | | | |
| D. ¿Has tenido alguna vez una convulsión? _____ | | | | | |
| E. ¿Has tenido alguna vez un dolor punzante, dolor quemante
o un nervio comprimido? _____ | | | | | |
| 7. A. ¿Has tenido alguna vez calambres por calor? _____ | | | | | |
| B. ¿Alguna vez te has mareado o
desmayado por calor? _____ | | | | | |
| 8. ¿Tienes problemas para respirar o
tos al realizar ejercicios o después de hacerlos? _____ | | | | | |
| 9. ¿Utilizas aparatos especiales, almohadillas,
frenos, protecciones para la boca o los ojos? _____ | | | | | |
| 10. A. ¿Has tenido problemas con tu
ojos o visión? _____ | | | | | |
| B. ¿Usas anteojos, lentes de contacto o
accesorios ópticos protectores? _____ | | | | | |
| 11. ¿Naciste sin un riñón, testículo o algún otro órgano? _____ | | | | | |
| 12. ¿Alguna vez has sufrido un esguince/distensión, luxación, fractura/rotura o inflamación repetitiva u otras lesiones en tus huesos o articulaciones? _____ | | | | | |
| Cabeza _____ Cuello _____ Pecho _____ Espalda _____ Cadera _____ | | | | | |
| Hombro _____ Codo _____ Antebrazo _____ Muñeca _____ Mano _____ | | | | | |
| Muslo _____ Rodilla _____ Espinilla/Pantorrilla _____ Tobillo _____ Pie _____ | | | | | |
| 13. ¿Algunas vez has tenido otros problemas médicos como los siguientes?: | | | | | |
| Mononucleosis _____ Diabetes _____ Asma _____ Hepatitis _____ | | | | | |
| Dolores de cabeza (frecuentes) _____ Lesiones oculares _____ Otra _____ | | | | | |
| 14. ¿Has tenido algún problema médico o alguna lesión desde tu último examen? _____ | | | | | |
| 15. ¿Cuándo te vacunaste por última vez contra el tétano? _____
¿Cuándo te vacunaste por última vez contra el sarampión? _____ | | | | | |
| 16. ¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual? _____ ¿Cuándo fue tu último periodo menstrual? _____
¿Cuál fue el mayor tiempo entre periodos el año pasado? _____ | | | | | |

Explique las respuestas "Sí" aquí: _____

Formulario de consentimiento

(Permiso y aprobación del padre de familia o tutor y estudiante)

Mediante el presente, otorgo mi consentimiento para que el(la) estudiante anteriormente señalado(a) participe en el programa deportivo interescolar de la escuela a la que asiste. Este consentimiento incluye viajes hacia y desde competencias deportivas y sesiones de práctica. Asimismo autorizo que médicos designados por las autoridades escolares realicen el tratamiento considerado necesario para cualquier enfermedad o lesión que resulte de su participación deportiva. También autorizo la divulgación de cualquier información que contenga este formulario para llevar a cabo operaciones de tratamiento y atención médica para el(la) estudiante anteriormente indicado(a).

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR _____ FECHA: _____

Esta solicitud para competir en las actividades deportivas interescolares de la escuela mencionada más arriba es completamente voluntaria, y se hace bajo el entendido de que no he infringido ninguna de las normas y regulaciones de elegibilidad de la Asociación del estado.

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA: _____

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Altura _____ Peso _____ BP _____/_____ T_____ Pulso_____ R_____

Agudeza visual R 20 / _____ L 20 / _____ Corregida: S N Pupilas _____

Oídos, nariz, garganta

Normal	Anormal
_____	_____

Cardiopulmonar

Pulsos	_____	_____
Corazón	_____	_____
Pulmones	_____	_____

Piel

Abdominal

Genitales

Óseomuscular

Cuello

Hombro

Codo

Muñeca

Mano

Espalda

Rodilla

Tobillo

Pie

APROBACIÓN / RECOMENDACIONES

Aprobación:

_____ A. Aprobado(a) para todas las actividades deportivas y otras actividades patrocinadas por la escuela.

_____ B. Aprobado(a) después de realizar evaluación / rehabilitación de:

_____ C. *NO* está aprobado(a) para participar en los siguientes deportes patrocinados por la IHSAA:

Béisbol	Lucha	Golf	Softball
Pista	Campo traviesa	Baloncesto	Fútbol americano
Fútbol	Tenis	Voleibol	

NO aprobado(a) para otras actividades patrocinadas por la escuela:

(Ejemplo: natación) 1. _____ 2. _____ 3. _____

_____ D. El(la) estudiante *NO* está autorizado(a) para participar en actividades deportivas de la escuela secundaria.

Razón: _____

Recomendación: _____

Firma del examinador: _____ Fecha: _____
(Este formulario de Examen físico debe ser firmado por un médico certificado, auxiliar de médico o enfermera especializada)

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____