

**EL PADRE / TUTOR DEBE
LLENAR ESTE FORMULARIO**

**Escuelas Públicas de Walla Walla
HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE ATLETA**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Número de ID _____ Escuela _____ Grado _____

Domicilio _____ Número Telefónico _____

Padre / Tutor _____ Médico de Familia _____

Al Padre:

Haga el favor de llenar el Historial de Salud antes de la evaluación física. Su firma es obligatoria.

Si usted responde Sí, *haga el favor de explicar:*

- | Sí | No | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cualquier enfermedad crónica o concurrente? _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna enfermedad que dura más de una semana? _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna hospitalización? _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna operación distinta a amigdalectomía? _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Heridas que requieran tratamiento médico? _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás actualmente tomando ALGÚN medicamento? _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Haz alguna vez tenido problemas de presión sanguínea o del corazón? _____ |
| 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Mareos, desmayos, convulsiones, o dolores frecuentes de cabeza? _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez te has desmayado o te han noqueado? _____ |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas anteojos o lentes de contacto? _____ |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas aparatos dentales tales como frenos, puente o placa? _____ |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Eres alérgico a ALGUNA medicina (aspirina, penicilina, etc.)? _____ |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna lesión en la rodilla? _____ |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna operación de rodilla? _____ |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna lesión del tobillo? _____ |
| 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Historial de lesión en el cuello? _____ |
| 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna torcedura o luxación de las articulaciones (hombro, muñeca, dedo, etc.)? _____ |
| 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún hueso fracturado? _____ |
| 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Falta de algún órgano distinto a las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículos)? _____ |
| 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cualquier agotamiento por calor o golpe de calor? _____ |
| 21. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna razón por la que éste solicitante no debería de participar en deportes? _____ |
| 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún problema menstrual? _____ |
| 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes que detenerte mientras corres dos veces alrededor de una pista de ¼-de milla? _____ |
| 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguno de tus parientes cercanos menores de 50 años han tenido un "ataque cardíaco" o "problemas cardíacos"? _____ |

Fecha del Refuerzo del Tétanos (Tetanus Booster) más reciente (requerido cada 10 años). _____

Si no es vigente, haga el favor de obtenerlo mediante el médico de deportes.

Comentarios:

PERMISO DE LOS PADRES: Doy permiso para que el estudiante antes mencionado participe en el/los deportes aprobados por el Evaluador bajo el auspicio de las Escuelas Públicas de Walla Walla, y autorizo al entrenador u otro oficial responsable para que obtengan cuidado médico de emergencia para mi hijo/a si es que se necesita durante su participación y yo no me encuentro disponible de inmediato.

FECHA: _____ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

NOMBRE _____ **GRADO** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12**
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Opcional

Edad: _____ Pulso: _____
Altura: _____ Presión Sanguínea: _____
Peso: _____ Agudeza Visual: Izquierdo: 20/ _____
Derecho: 20/ _____

Análisis de la Orina:
% de Grasa Corporal:
HCT:
EST VO2 Max:
Audiometría:

Normal		Anormal	
<input type="checkbox"/>	1. Cabeza	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	2. Ojos (pupilas), ENT	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	3. Dientes	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	4. Pecho	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	5. Pulmones	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	6. Corazón	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	7. Abdomen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	8. Genitales	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	9. Neurológico	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	10. Piel	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	11. Madurez Física	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	12. Espina, Espalda	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	13. Hombros, Extremidades Altas	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	14. Extremidades Bajas	<input type="checkbox"/>	_____

Evaluación: Participación de lleno
 Participación limitada (describir las limitaciones, restricciones): _____

Participación contraindicada (enlistar las razones): _____

Recomendaciones (equipo, encintado, rehabilitación, etc.): _____

FECHA: _____ FIRMA DEL EVALUADOR: _____
NÚMERO TELEFÓNICO DEL EVALUADOR: () _____
NOMBRE DEL EVALUADOR EN LETRA DE MOLDE: _____