EXAMEN FÍSICO DE PREPARTICIPACIÓN

Rellene este fomulario con un padre o guardián

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

Dirreción: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal**: _____

Edad: _____ **Grado**: _____ **Género**: Masculino Femenino **Escuela**: _____

Nombre de Padre/guardián: _____ **# de celular:** _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

Haga una lista de todos los deportes que planifica para esta año (aunque no esté seguro): _____

_____

Haga una lista de los deportes del año pasado, si participó: _____

Caulquier problema / lesión durante los deportes del año pasado, si participó: _____

_____

Medicamentos: Ninguno Sí: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos)**:** No Sí: _____

Si respondió "Si", ¿alguna vez ha necesitado una inyección Epi-Pen (ya sea en casa o en la sala de emergencias?:

_____

¿Tiene algún historial de problemas médicos importantes (que requireron visitas múltiples al médico)?

No Sí: _____

¿Ha tenido algún historial médico de problemas de órganos como ojos, corazón, pulmones, riñones, bazo, o testículos?

No Sí: _____

¿Tiene algún historial de asma? No Sí **Si respondió "Sí", ¿alguna vez ha usado/necesitado un inhalador?** No Sí

¿Alguien en su familia tiene asma? No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido sibilancias (resuellos), tos, o falta de aire al hacer ejercicio? No Sí

CASCADE MEDICAL
PARTNERS IN YOUR HEALTH

¿Tiene algún historial de problema del corazón? No Sí

¿Alguien en su familia ha tenido una afección cardíaca o ataque al corazón ANTES de los 50 años de edad?

No Sí: _____

¿Alguien en su familia tiene problemas del RITMO cardíaco, o ha tenido problemas con desmayos súbitos?

No Sí: _____

¿Agluna vez se ha desmayado durante o después de hacer ejercicio?

No Sí : _____

¿Tiene dolor o presión en su pecho durante el ejercicio?

No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía? No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido una convulsión? No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión o concusión en la cabeza? No Sí _____

¿Tiene dolor de cabeza al hacer ejercicio? No Sí: _____

¿Alguna vez se ha fracturado un hueso en su cuello o espina dorsal? No Sí: _____

¿Ha tenido alguna lesión a un hueso o coyuntura que le CONTINÚA molestando?

No Sí: _____

¿Alguna vez un médico le ha restringido su participación en deportes en el pasado?

No Sí: _____

Solamente mujeres: **¿Ya se ha presentado su period menstrual?**: No Sí

Si respondío "Si", ¿son regulares o irregulares? Reg Irreg

Padres: Al firmar este formulario, usted declara que toda la información anterior es exacta a su mejor conocimiento.

La firma del padre: _____ La fecha: _____

CASCADE MEDICAL
PARTNERS IN YOUR HEALTH

MEDICAL CLEARANCE FORM

Name: _____ **Date of Birth:** _____

Medications: _____

Allergies: _____

_____ Cleared for all sports without restriction.

_____ Cleared for all sports without restriction, with recommendation(s) noted below:

_____ Not cleared:

_____ For all sports.

_____ For specific sports: _____

Follow-up plan/reevaluation date: _____

Recommendations/Comments: _____

_____

_____

_____

_____

Physician name: _____

Physician signature: _____ Date: _____

CASCADE MEDICAL
PARTNERS IN YOUR HEALTH