

Examen de Pre-participación Atlética 2018-2019

El padre/tutor y el atleta estudiantil examinarán y presentarán el Permiso para Participar en Deportes (no esta forma) electrónicamente completando la registración de SportsNet en línea.

Parte 1: (para ser completado por el estudiante y padre/tutor legal)

Nombre _____ Escuela _____ Grado _____
 Domicilio _____ # de ID _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Deporte(s) _____
 Nombre del médico _____ # de teléfono del médico _____
 Seguro médico _____ # de póliza _____

**EL REGISTRO DE INMUNIZACIONES PARA EL ESTUDIANTE ARRIBA MENCIONADO DEBE SER
 ADJUNTO Y ACTUAL SEGUN LA LEY DE CALIFORNIA INCLUYENDO LA VACUNA Tdap.**

Historial Médico (debe ser completado antes del examen físico)

| | | | |
|---|--|---|---|
| Por favor marque | Ha tenido este estudiante lo siguiente: | Por favor marque | Hay una historia de: |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Hospitalizaciones? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Lesión del cuello o espalda? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cirugía a parte de la extracción de las amígdalas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Lesión de rodilla? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Falta de órganos (ojo, riñón, testículo, etc.)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Lesión del hombro o codo? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Alergias (a medicinas, insectos, alimentos, etc.)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Lesión del tobillo? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Dolor en el pecho o dificultad severa para respirar con el ejercicio? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Dislocación de una articulación? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Problemas con la presión arterial o el corazón (ej. soplo cardíaco)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Bloqueo de una articulación? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Mareos o desmayos al hacer ejercicio? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Huesos rotos/fracturas? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Dolores de cabeza severos o frecuentes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Úlceras o hernias? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Conmoción cerebral o pérdida de la conciencia? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ardores/quemazones? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Agotamiento, insolación o algún otro problema con el calor? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Problemas de la piel? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Mono, hepatitis, hemofilia? | Historia adicional | |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ha muerto algún miembro de su familia repentinamente antes de los 40 años de edad por alguna otra causa que no haya sido un accidente? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ataques/convulsiones? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido un miembro de su familia un ataque al corazón antes de los 55 años de edad? |

Use este espacio para explicar cualquier respuesta sí a las preguntas de arriba.

Reconocimiento del padre o tutor legal: He revisado y estoy de acuerdo con la información presentada en este formulario. También entiendo que este examen es principalmente para la participación en deportes y no tiene la intención de sustituir las visitas de rutina para el cuidado de la salud como recomendado por el médico personal del estudiante. No conozco ninguna razón por la cual el estudiante nombrado arriba no deba participar y representar a su escuela en actividades deportivas supervisadas.

Nombre del padre/tutor legal (letra de molde)

Firma del padre/tutor legal

Número de teléfono de casa

Número de teléfono del trabajo

Fecha

Athletic Pre-Participation Screening Exam Part 2: General Exam (To be completed by examining physician)

Nombre _____ # de estudiante _____ Grado _____

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | Normal | Abnormal (Describe) | Fill in Information: |
| Eyes, ears, nose, throat | <input type="checkbox"/> | _____ | Pulse: _____ |
| Skin | <input type="checkbox"/> | _____ | BP: _____ |
| Lungs | <input type="checkbox"/> | _____ | Height: _____ |
| Heart | <input type="checkbox"/> | _____ | Weight: _____ |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> | _____ | Date of Physical Exam: |
| Genitalia/Hernia (males) | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Suggested Musculoskeletal Exam

ROM STRENGTH

| Normal | Abnormal | Cervical/Spine | Normal | Abnormal | Lower Extremity |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flex/Ext | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hip |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rotation right/left | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hip flexors/Gluteals |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lateral flexion right/left | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Add/Abd – Groin/TT |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thoracic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Int./Ext. Rotation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lumbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knee |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flex/Ext | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patellar Tendon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rotation right/left | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tibial Tuberosity |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lateral Flexion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MCL/LCL |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abdominals/Obliques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACL/PCL |
| | | Upper Extremity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cartilage Testing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shoulder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quads/Hamstrings |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Forward Flexion/Ext. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gast/Soleus Complex |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abduction/Adduction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patella |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Internal/Ext. Rotation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crepitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Horizontal Abd/Add | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tracking |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A C Joint/Clavicle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ankle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stability Testing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plantar/Dorsiflexion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Biceps Flex/Ext. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inversion/Eversion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Elbow | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Subtalar Joint |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Supination/Pronation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ligament Testing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wrist/Hand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feet/Toes |
| | | General Flexibility | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hamstrings | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quadriceps | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lumbar Spine | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Achilles | | | |

**DOCTOR'S OFFICE STAMP HERE
REQUIRED**

Use this space to describe abnormalities.

Disposition:

- Cleared for collision, contact, and non-contact sports
- Conditional participation, limited to: _____
- No participation until: (date) _____
- No participation in any sport or physical education because of: _____

Dr. Signature: _____ License #: _____ Date: _____

•PHYSICAL MUST BE PERFORMED BY A LICENSED, PRACTICING MD OR NP (No Chiropractors) & MUST BE VALID FOR THE DURATION OF THE 2018-2019 SCHOOL YEAR•

Physical will be valid for 1 YEAR from the Date of Physical Exam.