



Prepare • Empower • Inspire

Escuelas Públicas de New Brunswick

Lea detenidamente antes de completar el paquete físico deportivo

Estimados padres/guardianes:

Su hijo/a ha expresado interés en participar en atletismo. La ley (N.J.S.A. 18A: 40-41.7) exige un examen físico anual por participación. Se adjuntan formularios obligatorios que deben completarse y devolverse a la enfermera de la escuela.

Formulario del historial médico:

Cada pregunta en el formulario "Historial médico" (primera página) del paquete físico deportivo **debe** ser respondida. Si marcó sí alguna de las preguntas, debe escribir una explicación en el área designada. Por favor escriba el número de la pregunta en cada explicación a la que respondió que sí. La parte inferior del formulario debe estar firmada y con fecha por usted y su hijo/a.

Formulario de examen físico:

El médico de su hijo/a debe completar el formulario de examen físico. Durante la cita física programada de su hijo/a, debe llevar el formulario "Historial médico" y el "Examen físico" al médico de su hijo/a. El médico revisará el formulario de historial médico y completará el formulario de examen físico. Todos los formularios deben ser devueltos a la enfermera de la escuela. Si su hijo/a no tiene seguro médico, el médico de la escuela puede hacer el examen físico. Usted debe completar el formulario "Historial médico" y firmar las hojas informativas sobre la seguridad obligatorias por el estado. Por favor envíe el historial médico, el examen físico y las porciones de los formularios firmados sobre la seguridad a la enfermera de la escuela.

Hojas de Datos de Información de Seguridad para el Atleta Escolar del Estado de New Jersey para Padres / Tutores

El Estado de New Jersey exige que antes de que un niño/a participe en el atletismo, tanto usted como su hijo/a deben leer las hojas de información sobre la seguridad. Después de leer las hojas informativas sobre la seguridad, firme y coloque la fecha en las áreas designadas en cada formulario. **POR FAVOR DEVUELVA SOLO LA PORCIÓN FIRMADA DE LAS HOJAS DE INFORMACIÓN.**

Hojas de datos de información de seguridad:

- Muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes con una hoja adjunta dándose de baja
- El uso y el abuso de opioides con una hoja adjunta dándose de baja
- Hoja de información sobre conmociones cerebrales con firma en la parte inferior de la página
- Lesiones oculares relacionadas con el deporte: actualmente, no se necesita la firma de los padres. Se recomienda que tanto usted como su hijo lean esta información tan importante.

Los estudiantes no serán autorizados a probar, practicar o participar sin el examen físico y la firma de los padres en todas las hojas de información de seguridad. **Si no se siguen las instrucciones anteriores, la autorización de su hijo/a se retrasará.**

Sinceramente,

Servicios de la salud

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ ID# _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente.

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.

Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúa)

PREGUNTAS MEDICAS		SI	NO
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?			
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?			
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?			
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?			
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?			
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?			
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?			
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?			
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?			
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?			
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?			
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?			
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?			
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?			
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?			
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depranocítico o la enfermedad drepanocítica?			
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?			
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?			
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?			
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?			
47. ¿Te preocupa tu peso?			
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?			
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?			
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?			
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?			

PREGUNTAS PARA MUJERES		SI	NO
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?			
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?			
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?			

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practitioner, nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use ecmoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14).

EXAMINATION		Weight	□ Male □ Female
Height	BP	Pulse	Corrected □ Y □ N
MEDICAL		Normal	Abnormal Findings
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperaxiality, myopia, MVP, aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing			
Lymph nodes			
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)			
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary (males only) ^b			
Skin • HSV lesions suggestive of MRSA, linea corporis			
Neurologic ^c			
MUSCULOSKELETAL		Normal	Abnormal Findings
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand/fingers			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot/toes			
Functional • Duck-walk, single leg hop			

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date of Exam | _____
 Address _____ Phone _____
 Signature of physician, APN, PA _____ Date Signed | _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____ (Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date of Exam | _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____ Date Signed | _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____