

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DE LA IHSAA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Todos los estudiantes atletas deben completar un examen físico de historia y pre-participación antes de su primera práctica en 9th y 11th grado en el programa atlético interescolar (9-12) del estado de Idaho. El examen es a cargo del estudiante atleta y debe completarse **DESPUÉS del 1 de mayo de los años de 8th y 10th grado**. Este formulario solo puede ser completado por un Médico Licenciado, Asistente Médico o Enfermero Practicante conforme a la regla 13-4 de la IHSAA. La escuela/distrito escolar tiene la autoridad máxima para aceptar este formulario.



PARTE 1: FORMULARIO HISTÓRICO

El estudiante atleta y el padre/padre/tutor completan la siguiente información.

Nombre del Estudiante Atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino / Femenino Edad: _____

Grado actual: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

Medicamentos: Por favor, enumera todos los medicamentos y suplementos de venta libre y de venta libre (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente: _____

¿Tienes alguna alergia? Sí _____ No _____ es así, por favor identifica alergia específica: ☐ Medicamentos ☐ Alimentos ☐ Ambientales ☐ Picada ☐ de Abeja Otros: _____

Explica las respuestas de "Sí" a continuación. Círculoa preguntas cuyas respuestas no conoces.

PREGUNTAS GENERALES:	Sí	No
¿Tienes alguna preocupación que te gustaría discutir con tu médico?		
¿Algún médico u otro profesional de la salud ha negado o restringido tu participación en deportes por alguna razón?		
¿Tienes algún problema médico continuo o alguna enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN:	Sí	No
¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de hacer ejercicio?		
¿Alguna vez has sentido incomodidad, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
¿Tu corazón alguna vez se acelera, aletea en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
¿Algún doctor te ha dicho alguna vez que tienes algún problema cardíaco? Revisa todo lo que aplica:		
☐ Presión arterial alta ☐ Una infección cardíaca ☐ Un soplo cardíaco ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Colesterol alto Otros: _____		
¿Alguna vez un doctor ha ordenado una prueba para tu corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
¿Te sientes mareado o te falta más el aire que tus compañeros durante el ejercicio?		
¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA FAMILIAR:	Sí	No
¿Algún familiar o familiar ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte repentina antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía ventricular derecha arritmogénica (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
PREGUNTAS ORTOPÉDICAS:	Sí	No
¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te haya hecho faltar a una práctica o partido?		
¿Actualmente tienes alguna lesión en el hueso, músculo, ligamento o articulación que te moleste?		

PREGUNTAS SOBRE HISTORIAL MÉDICO ACTUAL Y PASADO:	Sí	No
¿Toses, sibilancias o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, tu bazo o algún otro órgano?		
¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
¿Tienes erupciones recurrentes en la piel, o erupciones que van y vienen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilicina (MRSA)?		
¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te haya causado?		
¿Confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caer?		
¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio con calor?		
¿Tú o alguien en tu familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?		
¿Alguna vez has tenido, o tienes algún problema con tus ojos o visión?		
PREGUNTAS SOBRE NUTRICIÓN:	Sí	NO
¿Te preocupa tu peso?		
¿Estás tratando o alguien te ha recomendado que subas o bajes de peso?		
¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
¿Alguna vez te han diagnosticado un trastorno alimenticio?		
¿Alguna vez has tenido un periodo menstrual? (Si es así, por favor respondan las siguientes preguntas.)		
a. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual? _		
b. ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____		
c. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses? _____		
Explica aquí las respuestas de "Sí":		

**PARTE 2: FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN**

Fecha del examen: _____

Nombre del Estudiante Atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN		
Altura: _____	Peso: _____	
Sexo biológico: ☐ Masculino ☐ Femenino <i>El sexo biológico del estudiante se determinaba basándose únicamente en uno (1) o más de los siguientes factores: el del estudiante anatomía reproductiva, composición genética o niveles normales de testosterona producidos endógenamente.</i> ☐ Sí ☐ No		
BP: _____/_____(_____/_____) Pulso: _____	Visión: R 20/_____ L 20/_____	Corregido: _____ Sí _____ No
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta (pupilas iguales, audición)		
Ganglios linfáticos		
Corazón		
* Murmullos (auscultación de pie, acostado, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Neurología		
Musculoesquelético		
Cuello		
Atrás		
Hombros/Brazos		
Codos/Antebrazos		
Muñecas/Manos/Dedos		
Caderas/Muslos		
Rodillas		
Piernas/Tobillos		
Pies/Dedos		

☐ Autorización para todos los deportes sin restricción☐ Autorización para todos los deportes con recomendaciones para evaluación o tratamiento adicional: _____☐ No autorizado para:☐ Todos los deportes☐ Para ciertos deportes: _____

Razón: _____

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante atleta mencionado arriba y completado el examen físico previo a la participación. El estudiante atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para participar en el(los) deporte(s) como se describió anteriormente. Una copia del examen físico está archivada en mi oficina y puede ser puesta a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si surgen condiciones después de que el estudiante atleta ha sido autorizado para participar, el proveedor puede revocar la autorización hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al estudiante atleta y a sus padres/tutores. Este formulario es una copia exacta del formulario actual requerido por la Asociación de Deportes y Actividades de Preparatoria de Idaho, y contiene las mismas preguntas de historia y hallazgos del examen físico.

Nombre del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del Proveedor Médico: _____

(Este formulario de examen físico previo a la participación DEBE ser completado por un Médico Licenciado, Asistente Médico o Enfermero Practicante)

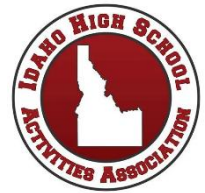
PARTE 3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Permiso y aprobación de los padres/tutores y del estudiante

Por la presente declaro que, hasta donde sé, las respuestas a todas las preguntas son completas y correctas. Por la presente consiento que el estudiante mencionado anteriormente participe en el programa deportivo interescalar de su escuela de asistencia. Este consentimiento incluye viajes hacia y desde competencias atléticas y sesiones de práctica. Además, consiento que el estudiante reciba servicios de salud considerados necesarios por proveedores de salud o autoridades escolares designadas para cualquier condición derivada de su participación deportiva. También consiento la divulgación de cualquier información contenida en este formulario para llevar a cabo servicios de salud, incluyendo, pero no limitándose a, tamizaje, examen y tratamiento para el estudiante mencionado anteriormente. Esto cumple con los requisitos de consentimiento parental establecidos en la Sección 32-1015 del Código de Idaho. Si el examen del proveedor de salud se realizará sin compensación como parte del programa de examen de salud de la escuela para participar en actividades de la preparatoria, acepto las disposiciones de exención establecidas en la Sección 39-7703 del Código de Idaho y acepto que el proveedor de salud estará inmune de responsabilidad civil según lo especificado en dicha sección.

Nombre del padre/tutor: _____ Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

Nombre del Estudiante Atleta: _____ Firma del Atleta Estudiante: _____ Date: _____

**PART 2: PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION FORM**

Date of Exam: _____

Name of Student Athlete: _____ Date of Birth: _____

PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
Biological Sex: ☐ Male ☐ Female <i>The Student's biological sex was determined by relying only on one (1) or more of the following: the student's reproductive anatomy, genetic makeup, or normal endogenously produced testosterone levels.</i> ☐ Yes ☐ No		
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: _____ Yes _____ No _____
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/Ears/Nose/Throat (pupils equal, hearing)		
Lymph nodes		
Heart		
* Murmurs (auscultation standing, supine, with and without Valsalva)		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin		
Neurologic		
Musculoskeletal		
Neck		
Back		
Shoulders/Arms		
Elbows/Forearms		
Wrists/Hands/Fingers		
Hips/Thighs		
Knees		
Legs/Ankles		
Feet/Toes		

☐ Clearance for all sports without restriction☐ Clearance for all sports with recommendations for further evaluation or treatment for: _____☐ Not Cleared for:☐ All sports☐ For certain sports: _____

Reason: _____

Recommendations: _____

I have examined the above-named student athlete and completed the pre-participation physical examination. The student athlete does not present apparent clinical contraindications to participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on file in my office and can be made available to the school upon request by the parents. If conditions arise after the student athlete has been cleared for participation, the provider may rescind the clearance until the problem is resolved, and the potential consequences are fully explained to the student athlete and their parents/guardians. This form is an exact duplicate of the current form required by the Idaho High School Sports and Activities Association, containing the same history questions and physical examination findings.

Name of Medical Provider: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of Medical Provider: _____

(This Pre-participation physical examination form MUST be completed by a Licensed Physician, Physician Assistant or Nurse Practitioner)

PART 3: CONSENT FORM

Parent/Guardian's and Student's Permission and Approval

I hereby state that, to the best of my knowledge, the answers to all questions are complete and correct. I hereby consent to the above-named student participating in the interscholastic athletic program at his/her school of attendance. This consent includes travel to and from athletic contests and practice sessions. I further consent to the student receiving health care services deemed necessary by health care providers or designated school authorities for any condition resulting from his/her athletic participation. I also consent to the release of any information contained in this form to carry out health care services including but not limited to screening, examination, and treatment for the above-named student. This meets the parental consent requirements set forth in Idaho Code Section 32-1015. If the health care provider's exam will be performed without compensation as part of the school's health examination program for participation in high school activities, I agree to the waiver provisions as set forth in Idaho Code Section 39-7703 and agree that the health care provider shall be immune from civil liability as specified in said section.

Name of Parent/Guardian: _____ Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Name of Student Athlete: _____ Signature of Student Athlete: _____ Date: _____