

# Preparticipación Atlético Examen Físico

**Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico.** Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

**Cuestionario para la Participación Atlético** (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Hembra \_\_\_ Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Numero del teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA SALUD** (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en al otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

Sí	No	<i>¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...</i>	Sí	No	<i>¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera....</i>
1	___	Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?	18	___	El Asma?
2	___	Enfermedad que dura más de una (1) semana?	19	___	Epilepsia u otros ataques?
3	___	La fiebre Reumática, el mononucleosis?	20	___	La Diabetes?
4	___	Hospitalizaciones (de noches o más largo)?	21	___	La infección del herpes?
5	___	La cirugía, de otra manera que tonsilectomía?	22	___	El Síndrome de Marfan?
6	___	Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?	23	___	Llevar lentes o lentillas?
7	___	Alergia al polen, los insectos, comida?			
8	___	La hipertensión o el colesterol alto?		<i>Sí</i>	<i>No</i>
9	___	Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?	24	___	<i>¿Está allí una historia de...?</i> Las heridas que requieren el tratamiento médico?
10	___	La presión del pecho o aflige con ejercicio?	25	___	La herida del cuello?
11	___	El mareo o desmayar con ejercicio?	26	___	La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
12	___	La falta de aliento excesiva con ejercicio?	27	___	Otras heridas articulación graves?
13	___	Las tomas o frecuente dolores de cabeza?	28	___	El uso del equipo protector o refuerza?
14	___	La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?	*****		
15	___	El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armamentos o piernas con contacto?	29	___	<i>¿Jamás ha negado un médico o ha restringido su participación en deporte para alguna razón?</i>
16	___	El dolor de cabeza, pérdida de memoria, o la confusión con contacto?	30	___	<i>¿Tiene usted cualquier preocupación que usted querría discutir con su médico?</i>
17	___	El músculo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?			

**Sí No Historia de Familia**

- 31 \_\_\_ \_\_\_ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
- 32 \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene un miembro de su familia muerta de repente sin motivo aparente?
- 33 \_\_\_ \_\_\_ ¿Tiene un miembro de su familia tuvo un infarto en menos de 55 años de la edad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "sí" respuestas (preguntas #1-33) o para proporcionar información adicional: \_\_\_\_\_

- 34. ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: \_\_\_\_\_
- 35. \_\_\_ \_\_\_ Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-  
A. \_\_\_\_\_ B. \_\_\_\_\_ C. \_\_\_\_\_
- 36. Año del último conocido- El tétano inyección \_\_\_\_\_ Vacunación de Meningitis \_\_\_\_\_
- 37. ¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría \_\_\_\_\_ Menos \_\_\_\_\_
- 38. ¿Está usted contento con su peso actual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**PARA MUJERES SOLO-**

- 1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? \_\_\_\_\_
- 2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? \_\_\_\_\_

**Registro Físico del Examen** (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta \_\_\_\_\_ La altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Pulso \_\_\_\_\_ Tensión \_\_\_\_\_ (Repita si anormal \_\_\_\_/\_\_\_\_) la Visión R 20/\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual)	_____	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____	_____
5. El cuello	_____	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____	_____
7. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____	_____
11. Pele	_____	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____	_____
13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____	_____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - \_\_\_\_\_

**La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales**

**REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION**

**LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)**

- Béisbol       Baloncesto       A campo través       Fútbol americano       Golf       Fútbol  
 Béisbol para chicas       Natación       Tenis       pista(correr)       Voleibol       Lucha  
 Lanzamiento

\_\_\_\_ Espacio Libre pendiente documentado sigue de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ No aprobado para la Participación Atlética debido a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió)

\_\_\_\_ La Fecha

\_\_\_\_ Firma de Médico Licenció Profesional

\_\_\_\_ Numero del teléfono

**El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)**

Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. Doy también mi permiso para el médico del equipo, entrenador atlético, u otro personal calificado para dar los primeros auxilios el tratamiento a mi hijo o la hija en un acontecimiento atlético en caso de la herida.

\_\_\_\_ El nombre del padre/guardián (Imprimió)

\_\_\_\_ Firma del padre/guardián

\_\_\_\_ Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera)

\_\_\_\_ El numero del teléfono

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética, Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser conectadas a esta forma.

**FORMA DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES**

Nosotros, los padres firmantes de \_\_\_\_\_, por medio del presente damos consentimiento para que el/ella participe en todas las actividades escolares seleccionadas. Atletismo, Actividades Forenses, Publicaciones, Música Instrumental, Música Vocal, Clubes y Organizaciones, Actividades Académicas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

**RENUNCIA DE ASEGURANS A ATLETICA**

Nosotros certificamos que \_\_\_\_\_ está cubierto(a) por una póliza de seguro que le protege contra una lesión sufrida durante la participación en el programa de actividades escolares del Distrito Escolar de Denison.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

**REGLA DE APROBACION DE BUENA CONDUCTA**

Por la presente reconocemos que hemos leído las actividades adjuntas de normas y reglamentos y estamos de acuerdo y nos comprometemos a cumplir con el reglamento con lo mejor de nuestras capacidades al participar en actividades para las Escuelas de la Comunidad de Denison.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Papa/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

**EQUIPO PERDIDO Y ROBADO**

Entiendo que mi hijo tendrá que pagar el costo de los materiales escolares perdidos o robados, mientras esten en su cuidado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del papa/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**PROPOSITO:** para permitir que los padres y tutores autorizen la prestación de tratamiento de emergencia para los niños que se enfermen o se lastim mientras estan bajo la autoridad de la escuela, cuando los padres o tutores no puedan ser localizados.

**PARTE I--PARA OTORGAR CONSENTIMIIENTO**

En el caso de intentos razonables para ponerse en contacto con migo al \_\_\_\_\_ (Telefono) o \_\_\_\_\_ (otro padre/guardian) al \_\_\_\_\_ (telefono) no han tenido éxito, doy mi consentimiento para que (1) la administracion de cualquier tratamiento necesario por el Dr. \_\_\_\_\_ (medico de la familia) o Dr. \_\_\_\_\_ (dentista preferido) o, en caso de que el profesional designado no esté disponible, por otro medico o dentista, y (2) la transferencia del estudiante al hospital local.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de papa/Tutor

**\*\*\*NO COMPLETE LA PARTE II, SI YA COMPLETO LA PARTE I\*\*\***

**PARTE II--NO OTORGO CONSENTIMIENTO**

No doy consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de papa/Tutor