

Distrito escolar de Kingston City

Antecedentes de salud entre consultas para deportistas de NYSED - Formulario de dos páginas

Ambas páginas deben completarse con tinta negra o azul.

Para todos los estudiantes de las categorías Junior Varsity, Varsity y Freshman: Regreso a la escuela de casa: 5 de octubre y 26 de octubre

Para estudiantes de la categoría Modified: Regreso a la escuela de casa 15 de octubre y 5 de noviembre

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela:	Edad:
Grado (marcar): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Categoría (marcar): <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/>
Deporte:	Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha del último examen físico:	Fecha en que se completó el formulario:

Antecedentes de salud para ser completados por el padre/madre/tutor, explicar en el reverso de la hoja todas las preguntas cuya respuesta sea "Sí". Toda medicación que deba tomarse durante las prácticas y/o evento deportivo requiere la correspondiente indicación por escrito. Si

¿Tiene o ha tenido su hijo/a:		
Preocupaciones de salud general	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico, auxiliar médico o enfermera con práctica médica le impuso restricciones para participar en actividades deportivas por algún motivo?		
2. ¿Tiene alguna enfermedad en curso? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad o rasgo de drepanocito		
3. ¿Alguna vez tuvo alguna operación?		
4. ¿Alguna vez pasó la noche ingresado en un hospital?		
5. ¿Se le diagnosticó mononucleosis durante el último mes?		
6. ¿Tiene un solo riñón que funciona?		
7. ¿Tiene algún trastorno de hemorragias?		
8. ¿Tiene problemas de audición o utiliza dispositivo(s) auditivo(s)?		
9. ¿Tiene algún problema de visión o visión de un solo ojo?		
10. ¿Utiliza gafas o lentes de contacto?		
Alergias	Sí	No
11. ¿Tiene alguna alergia que pueda poner en riesgo su vida? Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Picadura de insectos <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamentos		
12. ¿Lleva consigo un autoinyector de epinefrina?		
Salud respiratoria	Sí	No
13. ¿Alguna vez se quejó por cansarse más que sus amigos durante la práctica de actividad física o por tener más problemas que ellos para		
14. ¿Estornuda o tose con frecuencia durante la actividad física o después de realizarla?		
15. ¿Alguna vez su proveedor de cuidados de salud le dijo que tenía asma?		
16. ¿Utiliza o lleva consigo un inhalador o nebulizador?		

¿Tiene o ha tenido su hijo/a en la escuela		
Conmoción cerebral/antecedentes de	Sí	No
17. ¿Alguna vez su hijo tuvo un golpe en la cabeza que le causó dolor de cabeza, mareos, náusea, confusión o se le informó que tuvo conmoción cerebral?		
18. ¿Alguna vez usted sufrió una lesión en la cabeza o tuvo conmoción cerebral?		
19. ¿Alguna vez tuvo dolores de cabeza al realizar actividad física?		
20. ¿Alguna vez tuvo convulsiones sin causa aparente?		
21. ¿Actualmente recibe tratamiento por convulsiones o epilepsia?		
Dispositivos/Adaptaciones	Sí	No
22. ¿Utiliza alguna férula, dispositivo ortopédico o de otro tipo?		
23. ¿Tiene algún dispositivo especial o prótesis (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de colostomía)? Si la respuesta es "Sí", es posible que deba completar otro formulario.		
24. ¿Utiliza algún elemento de protección para la vista, como gafas de seguridad o visor protector?		
Antecedentes familiares	Sí	No
25. ¿Tiene algún familiar al que se le haya diagnosticado alguna cardiopatía, por ejemplo, soplo, miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecha, síndrome del QT largo o QT corto, o taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica?		
Mujeres solamente	Sí	No
26. ¿Ha comenzado a tener el período menstrual?		
27. Edad en la que comenzaron los períodos:		
28. ¿Tiene períodos regulares?		
29. Fecha del último período menstrual:		
Hombres solamente	Sí	No
30. ¿Tiene un solo testículo?		
31. ¿Tiene dolor inguinal o algún abultamiento o hernia inguinal?		

Antecedentes de salud entre consultas para deportistas de NYSED - Página 2

Nombre del estudiante:

Nombre de la escuela:

Fecha de nacimiento:

¿Tiene o ha tenido su hijo/a:

Salud cardíaca	Sí	No
32. ¿Alguna vez se desmayó durante la actividad física o después de realizar actividad física?		
33. ¿Alguna vez se quejó de mareos o sensación de mareo leve durante la actividad física o después de realizar actividad física?		
34. ¿Alguna vez se quejó de dolor, opresión o presión en el pecho durante la actividad física o después de realizar actividad física?		
35. ¿Alguna vez se quejó de aleteo en el pecho, latidos irregulares o aceleración de los latidos, o tiene un marcapasos?		
36. ¿Alguna vez el proveedor médico le realizó pruebas cardíacas (por ejemplo, electrocardiograma, ecocardiograma de esfuerzo)?		
37. ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene una cardiopatía o problema cardíaco? En ese caso, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Tensión arterial elevada <input type="checkbox"/> Tensión arterial baja <input type="checkbox"/> Colesterol elevado <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otra:		
Antecedentes de lesiones	Sí	No
38. ¿Alguna vez se le diagnosticó una fractura por sobrecarga?		

¿Tiene o ha tenido su hijo/a:

Antecedentes de lesiones <i>continuación</i>	Sí	No
39. ¿Ha estado imposibilitado de mover brazos o piernas, o ha tenido sensación de hormigueo, adormecimiento o debilidad después de un golpe o caída?		
40. ¿Alguna vez ha tenido lesión, dolor o hinchazón de articulaciones que le impidiera participar en una práctica o partido?		
41. ¿Tiene alguna lesión de hueso, músculo o articulación que le molesta?		
42. ¿Ha tenido dolor, hinchazón, calentamiento o enrojecimiento de alguna articulación provocado por el uso?		
Salud de la piel	Sí	No
43. ¿Tiene actualmente urticarias, escaras u otros problemas de piel?		
44. ¿Ha tenido herpes o infecciones cutáneas MRSA (<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la metilicina)?		
Salud del estómago	Sí	No
45. ¿Alguna vez se ha descompuesto por realizar actividad física?		
46. ¿Tiene una dieta especial o tiene que evitar ciertos alimentos?		
47. ¿Tiene que cuidar el peso?		
48. ¿Tiene problemas de estómago?		
49. ¿Alguna vez tuvo trastornos de alimentación?		

En el siguiente espacio, incluya explicación detallada para cualquier pregunta que haya respondido "Sí". (Escriba con letra de imprenta clara e incluya las fechas si las sabe.)

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____