

EXAMINATION

PATIENT'S NAME: _____

*1. BP _____ WT _____ HT _____ Vision (R) _____ (L) _____

*2. Cardiovascular Exam ___ Normal ___ Abnormal Comments:
Murmur ___ Yes ___ No Describe:

*3 Musculoskeletal Exam Record laxity, weakness, instability, decreased ROM-if abnormal

Knee ___ Normal ___ Abnormal
Ankle ___ Normal ___ Abnormal
Shoulder ___ Normal ___ Abnormal
(Other Orthopedic ___ Normal ___ Abnormal
Problems, e.g. neck, feet, scoliosis)

4. Optional Exam-should be done if history is positive. Comments:

ENT ___ Normal ___ Abnormal
Chest ___ Normal ___ Abnormal
Abdomen ___ Normal ___ Abnormal
Genitalia ___ Normal ___ Abnormal
Skin ___ Normal ___ Abnormal

* ASSESSMENT: 5.A. ___ No problems identified 5.B. Other

* RECOMMENDATIONS: 6.A. ___ Unlimited B. ___ Limited to specific sports C. ___ Deferred until:(e.g., rehab., recheck, consultation, lab, etc.)

* REEXAMINE: 7.A. ___ Yearly and after any injury that limits participation for greater than one week. B. ___ Other:

REQUIRED ELEMENTS ARE IN ASTERISK

I certify that I have examined the above student and that such examination revealed (___ conditions ___ no conditions) that would prevent this student from participation in interscholastic sports.

Are you licensed to practice medicine in the United States _ Yes ___ No

Signature _____ Phone Number _____

Address _____ Date _____

If student not qualified, list reasons for disqualification: _____

(The following are considered disqualifying until medical and parental releases are obtained: acute infections, obvious growth retardation, diabetes, jaundice, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or hypertension, enlarged liver or spleen, hernia, musculoskeletal deformity associated with functional loss, history of convulsions or concussions, absence or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)

Ficha de Historia Deportiva Pre-Competencia

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Indicaciones para el atleta: Sírvase revisar todas las preguntas con su padre o tutor y contestarlas lo más exactamente posible.

Indicaciones para el médico: Recomendamos repetir las 11 preguntas enumeradas a continuación y revisar cuidadosamente los detalles de cualquier respuesta positiva.

Sí	NO	No sé		
			1	¿Algún miembro de la familia del atleta (abuela, madre, padre, hermano, hermana, tía, tío) murió súbitamente antes de los 50 años?
			2	¿El atleta se desmayó alguna vez durante los ejercicios o detuvo los ejercicios porque se sentía mareado?
			3	¿El atleta tiene asma (fatiga), fiebre de heno, o ataques de tos luego de los ejercicios?
			4	¿Alguna vez el atleta se ha roto un hueso, fue enyesado o se lesionó alguna articulación?
			5	¿El atleta tiene una historia de conmoción cerebral (quedarse sin conocimiento)?
			6	¿Alguna vez el atleta sufrió una enfermedad relacionada con el calor (golpe de calor)?
			7	¿El atleta tiene algo que quiera discutir con el médico?
			8	¿El atleta tiene una enfermedad crónica o visita regularmente a un médico por algún problema en particular?
			9	¿El atleta toma alguna medicina?
			10	¿El atleta es alérgico a alguna medicina o a la picadura de abejas?
			11	¿El atleta tiene sólo uno de alguno de sus órganos pares (ojos, oídos, rinones, testículos, ovarios, etc.)?
			12	¿El atleta usa lenles o lentes de contacto?
			13	¿Fecha de la última vacuna contra tétanos? FECHA

Detallar cualquier respuesta positiva:

He contestado y revisado las preguntas anteriores y autorizo a mi hijo a practicar deportes.

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____ Tel. _____