

# **Pre-Participación Deportes Físicos**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Género asignado al nacer**  Femenino  Masculino

**Género:**  Femenino  Masculino  No Conforme con Genero

Mujer transgénero  Transgénero Hombre

**Escuela:** \_\_\_\_\_

Incluya todos los deportes planeados este año (aunque no esté seguro):

\_\_\_\_\_

Incluya los deportes del año pasado, si participó:

\_\_\_\_\_

Cualquier problema/lesión durante los deportes del año pasado, si participo:

\_\_\_\_\_

Medicamentos:  Ninguno  Sí: \_\_\_\_\_

Alergias (medicamentos, alimentos, insectos que pican):  No  Sí: \_\_\_\_\_

Si es así, ¿alguna vez ha necesitado una inyección de Epi-Pen (ya sea en casa o en urgencias?):

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún historial de problemas médicos importantes (que requieren múltiples visitas al médico)?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún historial médico de problemas con sus órganos como los ojos, el corazón, los pulmones, los riñones, el bazo o los testículos?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de asma?  No  Sí

Si es así, ¿alguna vez has usado/necesitado un inhalador?  No  Sí

¿Alguien de tu familia tiene asma?  No  Sí; que: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te pones sibilancias, tos, dificultad para respirar con ejercicio?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún historial de problemas cardíacos?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguien de tu familia ha tenido problemas cardíacos o un ataque cardíaco ANTES de los 50 años?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguien en tu familia tiene problemas RÍTMos con su corazón o tiene problemas de desmayarse repentinamente?

No  Sí: \_\_\_\_\_

-Continuar en back-

¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Tienes dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han operado?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una convulsión?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?

No  Sí: \_\_\_\_\_



¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?  No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te has fracturado un hueso en el cuello o la columna vertebral?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna daño en un hueso o coyuntura que continúe molestandole?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un médico ha restringido su participación en deportes en el pasado?

No  Sí: \_\_\_\_\_

¿Has tenido una enfermedad de COVID-19?  No  Sí

**Sólo para mujeres:** ¿Ya has empezado la regla?  No  Sí

Si es así, ¿son regulares o irregulares?  Irregular  Regular

### Sección del doctor:

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_

Vision:  Corrected  Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

Uncorrected R: 20/\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

20/\_\_\_\_ HEENT: \_\_\_\_\_

Lungs: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cardiovascular: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abdominal: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hernia (male): No Yes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cervical spine: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Upper extremities: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thoracic/Lumbar Spine: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lower extremities: Normal Abnormal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional notes/comments: \_\_\_\_\_



# **SPORTS PHYSICAL CLEARANCE FORM**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cleared for all sports without restriction.

\_\_\_\_\_ Cleared for all sports without restriction, with recommendation(s) noted below:

\_\_\_\_\_ Not cleared:

\_\_\_\_\_ For all sports.

\_\_\_\_\_ For specific sports: \_\_\_\_\_

Follow-up plan/reevaluation date: \_\_\_\_\_

Recommendations/Comments: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Physician name:** \_\_\_\_\_

**Physician signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**CASCADE MEDICAL**  
PARTNERS IN YOUR HEALTH