



Pre-Participación Deportes Físicos

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Edad: _____ **Grado:** _____ **Género:** Femenina Masculina **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 Uncorrected R: 20/____ L: 20/____

HEENT: Normal Abnormal: _____

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: _____



Pre-Participación Deportes Físicos

*** Devolver esta sección al Departamento de Atletismo en la Escuela ***

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Autorizado para todos los deportes sin restricciones.

Autorizado para todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones que se indican a continuación.

No está autorizado:

Para deportes específicos: _____

Para todos los deportes.

Plan de seguimiento/fecha de reevaluación: _____

Recomendaciones/comentarios: _____

Nombre del médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Cascade Medical
Calle Comercial 817
Leavenworth, WA 98826
Teléfono: 509-548-3420
Fax: 509-548-1605