Evergreen Charter School

Antecedentes médicos de intervalo del NYSED para deportes – **2** páginas - Se deben completar ambas páginas.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela:	Edad:
Grado (marque): ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12	Nivel (marque): ☐Escuela Intermedia ☐ Escuela Secundaria ☐ Universidad
Deporte:	Limitaciones: ☐ Sí ☐ No
Fecha del último examen de salud:	Fecha en que se completó el formulario:

Los antecedentes médicos deben ser completados por el padre/madre/tutor, brinde detalles al reverso sobre cualquier respuesta afirmativa.

Los medicamentos necesarios durante el entrenamiento y/o en un evento deportivo requieren la documentación apropiada, comuníquese con la escuela si tiene preguntas.

Su hijo tiene/ha tenido:		
Problemas de salud en general	**No**	**Si**
1. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le restringió participar en deportes por algún motivo?	☐	☐
2. ¿Tiene una afección médica actualmente? ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Convulsiones ☐ Anemia falciforme o trazas ☐ Otro		
3. ¿Ha tenido alguna cirugía?	☐	☐
4. ¿Ha pasado la noche en un hospital?	☐	☐
5. ¿Le han diagnosticado mononucleosis infecciosa en el último mes?	☐	☐
6. ¿Tiene solo un riñón funcional?	☐	☐
7. ¿Tienealgún trastorno de sangrado?	☐	☐
8. ¿Tiene algún problema con su audición o usa audífonos?	☐	☐
9. ¿Tiene algún problema de visión o tiene visión solo en un ojo?	☐	☐
10. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	☐	☐
Alergias		
11. ¿Tiene alguna alergia potencialmente mortal? Marque todo lo que corresponda: ☐ Alimento ☐ Picadura de insecto ☐ Látex ☐ Medicamento ☐ Polen ☐ Otro		
12. ¿Lleva consigo un auto inyector de epinefrina?	☐	☐
Salud respiratoria	**No**	**Si**
13. ¿Alguna vez se ha quejado de sentirse más cansado o tiene mayor dificultad para respirar que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
14. ¿Tiene silbidos en el pecho o tose con frecuencia durante o después del ejercicio?	☐	☐
15. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene asma?	☐	☐
16. ¿Usa o lleva consigo un inhalador o nebulizador?	☐	☐

Su hijo tiene/ha tenido:		
Antecedentes de conmoción cerebral/herida en la cabeza	**No**	**Si**
17. ¿Alguna vez recibió un golpe en la cabeza que le provocó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?	☐	☐
18. ¿Alguna vez ha tenido una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐
19. ¿Alguna vez ha tenido dolores de cabeza con el ejercicio?	☐	☐
20. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones sin causa aparente?	☐	☐
21. ¿Recibe actualmente tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?	☐	☐
Dispositivos/Adaptaciones	**No**	**Si**
22. ¿Utiliza un aparato ortopédico, ortesis u otro dispositivo?	☐	☐
23. ¿Tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)? En caso afirmativo, puede que sea necesario completar otro formulario obligatorio.	☐	☐
24. ¿Usa gafas protectoras o una careta?	☐	☐
Antecedentes familiares	**No**	**Si**
25. ¿Tiene algún familiar al que se le haya diagnosticado una afección cardíaca, como un soplo, ha presentado miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecha, síndrome de QT largo o QT corto o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?	☐	☐
Solo mujeres	**No**	**Si**
26. ¿Comenzó a tener su menstruación?	☐	☐
27. Edad en que comenzó la menstruación:		
28. ¿Tiene menstruaciones regulares?	☐	☐
29. Fecha de la última menstruación:		
Solo hombres	**No**	**Si**
30. ¿Tiene solo un testículo?	☐	☐
31. ¿Tiene dolor, protuberancia o hernia en la ingle?	☐	☐

Antecedentes médicos de intervalo del NYSED para deportes – Página 2	
Nombre del estudiante:	
Nombre de la escuela:	Fecha de nacimiento:

Su hijo tiene/ha tenido:		
La salud del corazón	**No**	**Si**
32. ¿Alguna vez se desmayó durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐
33. ¿Alguna vez se ha quejado de aturdimiento leve o mareos durante o después del ejercicio?	☐	☐
34. ¿Alguna vez se ha quejado de dolor, tensión o presión en el pecho durante o después del ejercicio?	☐	☐
35. ¿Alguna vez se ha quejado de aleteo en el pecho, saltarse los latidos o latidos acelerados, o tiene un marcapasos?	☐	☐
36. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le hizo una prueba de corazón (ECG, prueba de esfuerzo con ecocardiograma)?	☐	☐
37. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene un problema o enfermedad cardíaca? Si es así, marque todo lo que corresponda: ☐ Infección cardíaca ☐ Soplo cardíaco ☐ Presión arterial alta ☐ Presión arterial baja ☐ Colesterol alto ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otro:		
Antecedentes de lesiones	**No**	**Si**
38. ¿Alguna vez le han diagnosticado una fractura por sobrecarga?	☐	☐

Su hijo tiene/ha tenido:		
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos y las piernas, o ha sentido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de ser golpeado o caerse?	☐	☐
40. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, dolor o inflamación de articulaciones que provocaron que faltara a un entrenamiento o partido?	☐	☐
41. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?	☐	☐
42. ¿Las articulaciones se han vuelto dolorosas, inflamadas, están calientes o enrojecidas al moverse?	☐	☐
43. ¿Actualmente tiene sarpullido, úlceras de decúbito u otros problemas de la piel?	☐	☐
44. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o SAMR?	☐	☐
45. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en un clima caluroso?	☐	☐
46. ¿Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertos alimentos?	☐	☐
47. Tiene que preocuparse por su peso	☐	☐
48. ¿Tiene problemas estomacales?	☐	☐
49. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	☐	☐

Información de COVID-19	**No**	**Sí**
50. ¿Alguna vez su hijo ha obtenido un resultado positivo por COVID-19?	☐	☐
51. ¿Su hijo tuvo síntomas?	☐	☐
52. ¿Su hijo consultó a un proveedor de atención médica (HCP) debido a sus síntomas de COVID-19?	☐	☐
53. ¿Su hijo tuvo algún síntoma cardíaco (nuevos síntomas de ritmo cardíaco rápido o lento, opresión o dolor en el pecho, cambios en la presión arterial o una afección cardíaca diagnosticada por el HCP)? En caso afirmativo, proporcione información adicional.	☐	☐
54. ¿Su hijo fue hospitalizado? En caso afirmativo, proporcione la(s) fecha(s).	☐	☐
En caso afirmativo, ¿le diagnosticaron a su hijo síndrome inflamatorio multisistémico (MISC)?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿está su hijo bajo el cuidado de un HCP por esto?	☐	☐

Explique completamente cualquier pregunta a la que haya respondido afirmativamente en el espacio a continuación, incluya las fechas si las conoce. Utilice páginas adicionales si es necesario.

_____

_____

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

Si usted da permiso para que su hijo sea examinado por el médico de la escuela, firme a continuación.

Doy permiso para que mi hijo,_____, sea examinado por el médico de la escuela para la autorización deportiva.

Firma de padre / tutor:_____ Fecha: _____