

Historial de salud para Atletismo del Departamento de Salud de Nueva York

Formulario de dos páginas. Ambas páginas deben completarse.

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:
Nombre de la escuela:		Edad:
Grado: <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	Nivel: <input type="checkbox"/> modificado <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity	
Deporte:	Limitaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha del último examen de salud:	Fecha que se completó formulario:	

Historial de salud debe ser completado por padre ó tutor. Proporcione detalles a cualquier respuesta afirmativa Sí. Cualquier medicamento que deba tomarse en una práctica ó evento Deportivo requerirá la documentación correspondiente. Comuníquese con la enfermera si tiene preguntas.

Problemas Generales de Salud		
Su hijo e hija:	Si	No
1. Alguna vez ha sido restringido por un médico, asistente médico o enfermera practicante de participar en deportes por algún motivo?		
2. Tiene una condición médica en curso? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Rasgo o enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Otro		
3. Alguna vez le hicieron una cirugía?		
4. Ha pasado la noche en un hospital?		
5. Ha sido diagnosticado con Mononucleosis en el último mes?		
6. Tiene un solo riñón funcional?		
7. Tiene un trastorno de sangrado?		
8. Tiene algún problema con su audición? usa audífonos?		
9. Tiene algún problema con su visión o tiene visión en un solo ojo?		
10. Usa gafas o lentes de contacto?		
Alergias	Si	No
11. Tiene una alergia que pone en peligro tu vida? Marque cualquiera que aplique: <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Mordida de insectos <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro		
12. Lleva un autoinyector de epinefrina?		
Respiración	Si	No
13. Alguna vez se ha quejado de estar más cansado o falta de aliento que sus amigos durante el ejercicio?		
14. Sibilancias o tos frecuentemente durante o después del ejercicio?		
15. Alguna vez le ha dicho su doctor que tiene asma?		
16. Usa o llevas un inhalador o nebulizador?		

Historia de Conmoción /Lesión en la cabeza	Si	No
17. Alguna vez recibió un golpe en la cabeza que le causó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?		
18. Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
19. Alguna vez tuvo dolores de cabeza con el ejercicio?		
20. Alguna vez ha tenido convulsiones inexplicables?		
21. Actualmente recibe tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?		
Dispositivos/Acomodaciones	Si	No
22. Usa un aparato ortopédico u otro dispositivo?		
23. Tiene algún dispositivo especial o prótesis (bomba de insulina, sensor de glucose, bolsa de ostomía, etc.)? En caso de afirmativo, puede ser necesario completar otro formulario requerido.		
24. Usa gafas de protección o una máscara facial?		
Historial Familiar	Si	No
25. Algun familiar ha sido diagnosticado con una enfermedad cardíaca, como un soplo, desarrolló miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecho, QT largo o síndrome de QT corto, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
Sólo Femeninas	Si	No
26. Comenzó a tener período?		
27. A que edad comenzó:		
28. Tiene períodos regulares?		
29. Fecha del último período menstrual:		
Sólo Masculinos	Si	No
30. Tiene un solo Testículo?		
31. Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia en la ingle?		

Historial de salud para Atletismo del Departamento de Salud de Nueva York – Página 2

Nombre del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Heart Health	Si	No
32. Alguna vez se desmayó durante o después del ejercicio?		
33. Alguna vez se ha quejado de mareo o mareos durante o después del ejercicio?		
34. Alguna vez se quejó de dolor en el pecho, opresión o presión durante o después del ejercicio?		
35. Alguna vez se quejó de latidos saltados, su corazón acelerado, o tiene un marcapasos?		
36. Alguna vez su doctor le ha hecho uno de estos exámenes: EKG, prueba de esfuerzo, ecocardiograma?		
37. Alguna vez le han dicho que tienen una afección cardíaca o problema por un médico? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Murmullo cardíaco <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro		
Historial de Lesiones	Si	No
38. Alguna vez ha sido diagnosticado con una fractura?		

Historial de Lesiones	Si	No
39. Nunca ha podido mover sus brazos y piernas, o tenido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de haber sido golpeado o caído?		
40. Alguna vez sufrió una lesión, dolor o hinchazón de una articulación que le hizo perder la práctica o un juego?		
41. Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?		
42. Se han vuelto las articulaciones dolorosas, hinchadas, calientes o rojas con el uso?		
Salud de la piel	Si	No
43. Actualmente tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
44. Ha tenido herpes o infecciones por MRSA en la piel?		
Salud Estomocal	Si	No
45. Alguna vez se enfermó mientras hacía ejercicio en climas cálidos?		
46. Tiene una dieta especial o tienes que evitar ciertos alimentos?		
47. Tiene que preocuparte por su peso?		
48. Tiene problemas estomacales?		
49. Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		

Explique por completo cualquier pregunta a la que haya respondido que Sí en el espacio a continuación. (Escriba con claridad y proporcione las fechas si las conoce).

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____