

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LOUISIANA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION (LHSAA)

Página 1 de 2

IMPORTANTE: El presente formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Imprimir

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____
 Deporte(s): _____ Sexo: M/F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono celular: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono residencial: _____
 Padre/Tutor: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: ¿Algún miembro de su familia menor de 50 años ha tenido estas condiciones?

Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque/enfermedad cardíaca	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte súbita	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasgo de células falciformes/Anemia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	_____

ANTECEDENTES ORTOPÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de las siguientes lesiones?

Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza / Concusión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión/dolor punzante en el cuello	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombro I / D	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codo I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo/Muñeca/Mano I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadera I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muslo I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodilla I / D	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parte inferior de la pierna I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periostitis tibial	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo I / D	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie I / D	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distensión muscular severa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervio pinzado	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	_____	Antecedentes de cirugías: _____							

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de estas condiciones?

Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco / dolor en el pecho / opresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma / Inhalador recetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregularidades menstruales: último ciclo: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar / Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida/aumento rápido de peso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma suplementos/vitaminas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Noqueado / Concusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con el calor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testículo único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis reciente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bazo agrandado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo/Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasgo de células falciformes/anemia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de órganos (riñón, bazo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debió pasar una noche en el hospital	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescripción de inyección de Epinefrina (EPI PEN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias (alimentos, medicamentos) _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos _____							

Lista de fechas para: Última vacuna contra el tétanos _____: Inmunización contra el sarampión _____: Vacuna contra la meningitis: _____

FORMULARIO PARA PADRES DE RENUNCIA A RECLAMACIONES

A nuestro leal saber y entender, hemos dado información verdadera y precisa y por la presente autorizamos la evaluación de revisión física. Entendemos que la evaluación implica un examen limitado y que no tiene como propósito ni podrá prevenir lesiones o muerte súbita. Además, entendemos que si el examen se proporciona sin expectativa de pago, de conformidad con el título 9:2798 de los Estatutos Revisados de Luisiana no habrá causa de acción contra el profesional de la salud voluntario del equipo y/o empleador de acuerdo a la ley de Luisiana.

La presente renuncia a reclamaciones, otorgada en la fecha a continuación por el abajo firmante, médico, médico osteópata, enfermero facultativo o asistente médico y padre del estudiante atleta mencionado anteriormente, se realiza de conformidad con la ley de Luisiana con el pleno entendimiento de que no habrá causa de acción por ninguna pérdida o daño causado por cualquier acto u omisión relacionada con los servicios de atención médica si en lo sucesivo se prestan de forma voluntaria y sin expectativa de pago, a menos que tal pérdida o daño fueran causados por negligencia grave. Adicionalmente,

- Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante-atleta mencionado necesita atención o tratamiento como resultado de una lesión o enfermedad, por la presente solicito, doy mi consentimiento para y autorizo los cuidados que se consideren necesarios..... **Sí No**
- Entiendo que si el estado médico de mi hijo/a cambia de manera significativa después de su examen físico, notificaré inmediatamente a su director acerca del cambio..... **Sí No**
- Doy mi permiso para que el entrenador deportivo comparta la información de las lesiones de mi hijo/a al entrenador en jefe / director deportivo / director de su escuela..... **Sí No**
- Con mi firma a continuación, acepto permitir que se revisen los antecedentes médicos / formulario de examen de mi hijo/a y todos los formularios de elegibilidad por la LHSAA o su(s) representante(s) o el personal médico asociado. **Sí No**

Fecha de firma del padre o madre _____

Firma del padre o madre _____

Nombre en letra de molde o escrito a máquina _____

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LHSAA

Página 2 de 2

IMPORTANTE: Este formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Deporte(s): _____

II. PARA QUE COMPLETE ANUALMENTE EL MÉDICO (MD), MÉDICO OSTEÓPATA (DO), ENFERMERO (APRN) o AUXILIAR MÉDICO

Altura _____	Peso _____	Presión sanguínea _____	Pulso _____
--------------	------------	-------------------------	-------------

EXAMEN MÉDICO GENERAL:

	Normal	Anormal
Otorrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN ORTOPÉDICO :

I. Columna vertebral / cuello

	Normal	Anormal
Cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Extremidad superior

	Normal	Anormal
Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano / Dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Extremidad inferior

	Normal	Anormal
Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas del profesional de la salud (si fuera necesario): _____

Medicamento apto para todos los deportes sin restricciones

Medicamento apto para algunos deportes _____

Medicamento apto para todos los deportes sin restricciones bajo recomendación de evaluación o tratamiento adicionales para _____

Medicamento no apto, pendiente de evaluación adicional

Medicamento no apto para ningún deporte

Esta recomendación se basa en una evaluación limitada.

Nombre en letra de molde del médico,
médico osteópata, enfermero o auxiliar médico

Firma del médico, médico osteópata,
enfermero o auxiliar médico

Fecha del examen médico

Este formulario de aptitud física vence a los 13 meses de la fecha en que fue firmado y fechado por el médico, médico osteópata, enfermero o auxiliar médico.