

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ GDO. ____ F.D.N. _____ MASCULINO __ FEMENINA __

EXAMEN FÍSICO

ALTURA _____ PESO _____ PRESIÓN SANGUÍNEA _____ CURVATURA ESPINAL _____

EL ULTIMO TOXIOIDES DE TETANO O INYECCION DE REFUERZO _____

EVALUATION FÍSICA

_____ Encuentro a este estudiante físicamente calificado para participar en **TODOS** los deportes supervisados.

_____ Este estudiante debe tener los siguientes problemas evaluados antes de participar en **CUALQUIER** atletismo competitivo:

Este estudiante tiene problemas de salud, lo que le prohibiría participar en deportes competitivos específicos.

SI ____ NO ____

RESTRICCIONES: CÍRCULAR A CONTINUACIÓN

Badminton	Esgrima	Hockey sobre hielo	Fútbol	Voleibol
Beisbol	Hockey Sobre Césped	Pista Cubierta	Softbol	Waterpolo
Baloncesto	Fútbol Americano	Lacrosse	Natación	Lucha Libre
Poristas	Golf	Rugby	Tenis	Otro _____
Cross Country	Gimnasia	Esquí	Track	_____

Además de revisar el historial de salud y los registros de inmunización, esto certifica que he realizado un examen físico completo que incluye la evaluación del sistema musculo esquelético.

ESTE EXAMEN ES VÁLIDO POR TRECE (13) MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL EXAMEN. SI ESTE EXAMEN FÍSICO EXPIRA DURANTE UNA TEMPORADA DEPORTIVA, EL ESTUDIANTE NO SERÁ ELEGIBLE PARA PARTICIPAR (PRACTICAR O JUGAR) HASTA QUE UN EXAMEN NUEVO SEA SOMETIDO Y APROBADO POR LA ENFERMERA ESCOLAR.

_____ Firma del Medico	_____ Fecha del Examen	_____ Teléfono del Medico	_____ Medico (sello)
---------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------------

Por favor regrese este formulario a la Enfermera Escolar antes del primer día de pruebas.

Revisado: 7/2019

Formulario revisado por: _____, RN

ESCUELAS PUBLICAS DE GREENWICH

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Historia de Salud

(Para ser completado por el Padre / Guardián)

Nombre del Estudiante _____ Dirección _____

Grado _____ Escuela _____ Deportes Siendo Jugados (1) _____ (2) _____ (3) _____

Todas las preguntas deben ser contestadas. Todas las respuestas de "Sí" deben explicarse en el espacio que se proporciona a continuación.
Use una hoja adicional si es necesario.

<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
1) ☐	☐	Alergia – EpiPen: Sí o No (circular)	18) ☐	☐	Fiebre Reumática
2) ☐	☐	Lesión en la cabeza, Conmoción Cerebral, Pérdida de Conciencia	19) ☐	☐	Mononucleosis
3) ☐	☐	Dolores de Cabeza Frecuentes, Mareos, Desmayos	20) ☐	☐	Hepatitis
4) ☐	☐	Discapacidad Visual	21) ☐	☐	Inhalador de Asma, Sí o No (circular)
5) ☐	☐	Lesión Ocular, Desprendimiento de la Retina	22) ☐	☐	Enfermedad Viral Reciente
6) ☐	☐	Anteojos, Lentes de Contacto	23) ☐	☐	Lesión Ortopédica - Rodilla, Tobillo, Hombro
7) ☐	☐	La Discapacidad Auditiva	24) ☐	☐	Huesos Rotos
8) ☐	☐	Puente Dental, Placa, Tirantes	25) ☐	☐	Cuello, Columna Vertebral o Lesión Lumbar
9) ☐	☐	Problema del Corazón, Soplo, Arritmia	26) ☐	☐	Escoliosis
10) ☐	☐	Alta Presión Sanguínea	27) ☐	☐	Hospitalizaciones
11) ☐	☐	Dolor en el Pecho, Desmayos Durante el Ejercicio	28) ☐	☐	Cirugía
12) ☐	☐	Tos, Sibilancias, Dificultad para Respirar Con Ejercicio o Clima Frío	29) ☐	☐	Muerte de un Familiar Menor de 40 Años de Edad Debido a Una Enfermedad
13) ☐	☐	Ataque al Corazón o Accidente Cerebrovascular De un Familiar Menor de 50 Años de Edad	30) ☐	☐	Enfermedad de la Piel
14) ☐	☐	Problemas Gastrointestinales	31) ☐	☐	Golpe de Calor, Agotamiento por Calor
15) ☐	☐	Riñón, Problemas del Tracto Urinario	32) ☐	☐	Medicamentos en el Presente
16) ☐	☐	Enfermedad Crónica o Recurrente	33) ☐	☐	Órganos Ausentes
17) ☐	☐	Enfermedad de Coagulación Sanguínea	34) ☐	☐	Alteración Menstrual
			35) ☐	☐	Otra Información

Doy permiso para que el entrenador y su personal publiquen la información apropiada de este formulario deportivo para mantenimiento de un ambiente sano y seguro al participar en el programa deportivo. (Voy a actualizar según corresponda durante el año escolar). Además, soy consciente del riesgo inherente en el atletismo y por la presente doy permiso para que mi hijo/a pruebe y participe.

Firma de Padre o Guardián

Fecha

EL MÉDICO POR FAVOR DE LLENAR EL LADO REVERSO.