

Escuela deportes Pre-Participation examen: parte 1: Estudiante o padre completa

Revisión de mayo de 2010

NAME: _____ BIRTHDATE: ____/____/____

ADDRESS: _____ PHONE: _____ - _____ - _____

Atleta y padre o tutor: Revise todas las preguntas y responder a ellas en la medida de su capacidad. Explicar las respuestas de sí en la espalda.

Médico: Por favor, revise con los detalles de la atleta de respuestas positivas.

Sí No no sabe

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿1. Ha alguien de la familia del atleta murió antes de la edad de 50 años? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿2. Ha el atleta nunca pasó durante el ejercicio o dejó de ejercer por mareos o dolor de pecho? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿3. El atleta tiene asma (sibilancia), fiebre del heno y otras alergias o llevar una pluma EPI? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿4. Es el atleta alérgico a las picaduras de abejas ni medicamentos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿5. Ha el atleta nunca roto un hueso, tuvo que usar un molde o tuvo una lesión que cualquier conjunto? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿6. Tiene el atleta ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿7. El atleta jamás ha tenido un éxito o golpe en la cabeza que causó confusión, problemas de memoria o dolor de cabeza prolongado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿8. El atleta nunca sufrió una enfermedad relacionada con el calor (golpe de calor)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿9. No el atleta tiene una enfermedad crónica o consulte a un médico periódicamente para un determinado problema / |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿10. El atleta tomar cualquiera prescribir medicamentos, hierbas o suplementos nutricionales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿11. El atleta tiene sólo uno de cualquier órgano par (ojos, riñones, testículos, ovarios, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿12. El atleta nunca ha previa prescripción de participación de deportes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿13. El atleta tiene episodios de dificultad respiratoria, palpitaciones, historia de fiebre reumática o cansarse fácilmente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿14. Se la atleta nunca ha diagnosticado con un soplo cardíaco o enfermedad cardíaca o hipertensión? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿15. Existe una historia de jóvenes en la familia del atleta que han tenido la enfermedad cardíaca congénita o de otra: ¿miocardiopatía, ritmos cardíacos anormales, largo síndrome QT o de Marfan? (Puede escribir "no entiendo estas términos" y inicial este elemento si es necesario.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿16. Ha el atleta nunca sido hospitalizado durante la noche o cirugía? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿17. El atleta pierde peso regularmente para cumplir los requisitos para el deporte? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿18. El atleta tiene algo que quiere discutir con el médico? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿19. La tos de atleta, Estado, o tienen problemas para respirar durante o después de la actividad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿20. Está satisfecho con su peso? |

21. LAS MUJERES SÓLO

- a. Cuando fue su primera menstruación? _____
n. Cuando fue su más reciente período menstrual? _____
c. ¿Lo que fue el tiempo más largo entre períodos menstruales en el último año? _____

Declaración del padre o tutor:

He revisado y respondió a las preguntas sobre lo mejor de mi capacidad. Yo y mi hijo entiende y acepta que hay riesgos de lesiones graves y muerte en cualquier deporte, incluyendo las especies en que mi hijo ha optado por participar. Por la presente le doy permiso para que mi hijo participar en deportes y actividades.

Autorizo a tratamiento médico de emergencia y traslado a un centro médico para cualquier enfermedad o lesión urgentemente necesario por un entrenador de atletismo registrado, entrenador o médico.

Entiendo que este examen físico pre-participation de deportes no está diseñado ni pretende sustituir cualquier evaluación recomendada regulares de salud integral.

Autorizo la publicación de los resultados de los exámenes a la escuela de mi hijo.

Signed: _____ Date: _____

Salas de rehidratación oral 336.479, sección 1 (3) "un distrito escolar exigirán a los estudiantes que seguirán participando en deportes extracurriculares en los grados 7 a 12 que una vez cada dos años a un examen físico". Sección 5 1 "cualquier examen físico requerido por esta sección se llevarán a cabo por un (a) médico que poseen una licencia sin restricciones a la práctica de la medicina; (b) con licencia a médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) certificado enfermera; o un médico con licencia de Quiropráctica (e) tiene entrenamiento clínico y experiencia en la detección de defectos y enfermedades cardiopulmonares."

Escuela deportes Pre-Participation examen: parte 2 médico completa

NAME: _____ BIRTHDATE: ____/____/____
 Altura: _____ peso: _____ % grasa corporal (opcional) _____ pulso: _____ BP: ____/____ (____/____, ____/____)
 Visión: R 20 / ____ L 20 / ____ corregido: Y N alumnos: igual ____ Unequal ____
 Ritmo: Regular _____ Irregular _____

MÉDICOS	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES *
Apariencia			
Ojos, oídos, nariz y garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: Actividad de pericardio			
1ª y sonidos de corazón de nd 2			
Murmillos			
Pulmones			
Abdomen			
Piel			
MUSCULOESQUELÉTICOS			
Cuello			
Atrás			
Hombro y brazo			
Codo y el antebrazo			
Muñeca o mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna y tobillo			
Pie			

* Basado en estación de examen sólo

LIMPIEZA

_____ Cleared

_____ Cleared después de completar la evaluación y rehabilitación para

_____ Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

Nombre del proveedor de servicios médicos _____ fecha ____/____/____

(impresión/tipo):

Address: _____ Phone () _____

Firma del médico: _____

Según ORS 336.479, sección 1 (3) "un distrito escolar exigirán estudiantes que seguirán participando en deportes extracurriculares en los grados 7 a 12 tener un examen físico una vez cada dos años." Sección 5 1 "cualquier examen físico requerido por esta sección se llevarán a cabo por un (a) médico que poseen una licencia sin restricciones a la práctica de la medicina; (b) con licencia a médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) certificado enfermera; o un médico con licencia de Quiropráctica (e) tiene entrenamiento clínico y experiencia en la detección de defectos y enfermedades cardiopulmonares."