

Santa Cruz City Schools Athletic Packet
Harbor High **Santa Cruz High** **Soquel High**

405 Old San Jose Road, Soquel California
95073 (831) 429-3410 www.sccs.net

Pre-Participación al Examen Físico

Debe ser completado por el Médico

Nombre del Alumno _____ Fecha _____

Estatura _____ Peso _____ PS _____ / _____ Pulso _____

Visión: Derecho 20/ _____ Izquierdo 20/ _____ Corregida

MEDICO	NORMAL	ANORMAL
Piel		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Ganglio Linfático		
Corazón		
Pulso		
Pulmones		
Abdomen		
Órganos Genitales (sólo hombres)		
MÚSCULO- ESQUELÉTICO	NORMAL	ANORMAL
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna		
Tobillo/Pie		

___ Apto para todas las actividades
 ___ No apto para todas las actividades debido a: _____

Nombre del Médico: _____ Firma del Médico _____
 Fecha: _____

Santa Cruz City Schools Athletic Packet
Harbor High Santa Cruz High Soquel High

405 Old San Jose Road, Soquel California
95073 (831) 429-3410 www.sccs.net

Hoja de Información Previa al Examen Físico

Nombre del alumno _____

Edad _____ Grado _____ Actividad _____

Marque con una X, a cada pregunta que responda sí:

- ___ 1. ¿Está usted al cuidado de un médico por alguna razón?
- ___ 2. ¿Ha estado usted hospitalizado alguna vez?
- ___ 3. ¿Ha tenido alguna cirugía?
- ___ 4. ¿Está tomando medicamentos, inhaladores o píldoras?
- ___ 5. ¿Tiene algún tipo de alergias? (Picadura de insectos, medicamentos, etc.)
- ___ 6. ¿Se ha mareado o desmayado antes o después de hacer ejercicio?
- ___ 7. ¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?
- ___ 8. ¿Ha tenido alguna vez presión sanguínea alta?
- ___ 9. ¿Le han dicho alguna vez que tiene soplo en el corazón?
- ___ 10. ¿Le ha latido el corazón muy rápido, o se le han parado las palpitaciones?
- ___ 11. ¿Se ha lastimado la cabeza?
- ___ 12. ¿Se ha desmayado o ha quedado inconciente?
- ___ 13. ¿Ha padecido de algún tipo de ataques?
- ___ 14. ¿Ha tenido un ardor, punzadas u opresión de nervios?
- ___ 15. ¿Se ha mareado o se ha desmayado en el calor?
- ___ 16. ¿Tiene dificultad para respirar o toser durante o después del ejercicio?
- ___ 17. ¿Tiene algún problema de la piel como salpullido o picazón?
- ___ 18. ¿Tiene problemas con sus ojos o su vista?
- ___ 19. ¿Usa anteojos o lentes de contacto o alguna protección para sus ojos?
- ___ 20. ¿Usa algún equipo especial como entablillado, cuello ortopédico, protector bucal, etc.?
- ___ 21. ¿Ha muerto alguien en su familia por problemas del corazón o muerte súbita antes de los 50 años?
- ___ 22. ¿Tiene usted un solo órgano trabajando de los que generalmente tenemos dos (ojos, riñones, etc.)?
- ___ 23. ¿Alguna vez se ha torcido, quebrado, dislocado o ha tenido hinchazón continuamente en los huesos o coyunturas?

Si la respuesta al número 23 es sí a cualquiera de los enumerados, por favor circule a continuación que parte del cuerpo.

Cabeza Cuello Pecho Hombros Espalda Mano Muñeca Codo Antebrazo Cadera
Muslo Rodilla Tobillo Espinilla Pantorrilla Pies

SI SU RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN, POR FAVOR PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN COMPLETA AL REVERSO DE ESTA PÁGINA:

- 1. De las lesiones mencionadas anteriormente ¿Hay alguna que le moleste a la fecha de hoy?
- 2. ¿Tiene otros problemas como el asma, mono, diabetes, etc.?
- 3. ¿Ha tenido alguna lesión o problema de salud desde su último examen médico?
- 4. ¿Hay algo específico con relación a su salud que el entrenador deba saber?
- 5. ¿Cuándo fue la última vez que le vacunaron contra el tétano? _____
- 6. ¿Usa algún producto de tabaco?
- 7. **SOLO PARA MUJERES** – ¿Tiene períodos irregulares?

Yo / nosotros hacemos constar, que las respuestas que anteceden son correctas. Yo / nosotros sabemos que al realizar este examen, el doctor que firma abajo no es responsable del cuidado médico de este individuo.

Firma del Atleta _____ Fecha _____

Santa Cruz City Schools Athletic Packet
Harbor High Santa Cruz High Soquel High

Aviso de Electrocardiograma y Ecocardiograma

Entiendo que como parte del examen físico de mi hijo, una proyección cardíaca será incluida y consistirá en un electrocardiograma y ecocardiograma. Si un padre de familia no puede estar presente personalmente, al momento de practicar la proyección cardíaca, al menos un padre estará disponible ese día por teléfono, si es necesario contactarle en el siguiente número: _____

Entiendo que:

- La información derivada de todas las proyecciones y los exámenes son preliminares, sujetos a error, y no son concluyentes. Ningún resultado debe interpretarse como la eliminación de la necesidad de la atención médica profesional y adecuada. Los valores de detección no están solos y deben ser interpretados por su médico personal en el contexto de su historial médico.
- La responsabilidad de iniciar cualquier examen de seguimiento con un médico por sospecha de anomalías señaladas por el control de la salud es sólo suya, no la de ningún patrocinador, organización participante, o de la organización que figura más arriba, y al no hacer lo recomendado puede resultar en consecuencias o enfermedades graves.
- Los resultados no serán enviados a su médico privado; le corresponde a usted contactarse con su médico y hablar de los resultados.