Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	❑	❑
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	❑	❑
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	❑	❑
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	❑	❑
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	❑	❑
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	❑	❑
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	❑	❑
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	❑	❑
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):	❑	❑
Alta presión sanguínea	❑	❑
Soplo cardíaco		
Colesterol alto		
Infección del corazón		
10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	❑	❑
11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	❑	❑
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	❑	❑
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	❑	❑
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	❑	❑
15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	❑	❑
16. ¿Alguna vez se ha tenida a una cirugía?	❑	❑
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación:	❑	❑
18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	❑	❑
19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	❑	❑

Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Mano / Dedos Pecho

Superior de la espalda Espalda baja Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/espinilla Tobillo Pie

20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?		
22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?		
23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	❑	❑
24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	❑	❑
25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	❑	❑
26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	❑	❑
27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	❑	❑
28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	❑	❑
29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	❑	❑
30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	❑	❑
31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	❑	❑
32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	❑	❑
33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	❑	❑
34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	❑	❑
35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	❑	❑
36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	❑	❑
37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	❑	❑
38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes?	❑	❑
39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	❑	❑
40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	❑	❑
41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	❑	❑
42. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	❑	❑
43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	❑	❑
44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	❑	❑
45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	❑	❑
46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	❑	❑
Preguntas sobre la menstruación: si corresponde	❑	❑
47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	❑	❑
48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	❑	❑
49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		_____
50. ¿Cuándo fue su última menstruación?		_____

#'s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del estudiante _____ **Fecha** ____ / ____ / _____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.
Firma del padre / guardian_____ **Fecha** ____ / ____ / _____

SECTION 6: PIAA COMPREHENSIVE INITIAL PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION AND CERTIFICATION OF AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER

Must be completed and signed by the Authorized Medical Examiner (AME) performing the herein named student's comprehensive initial pre-participation physical evaluation (CIPPE) and turned in to the Principal, or the Principal's designee, of the student's school.

Student's Name _____ Age_____ Grade____ for 20____- 20____ (School Year)

Enrolled in _____ School Sport(s) _____

Height_____ Weight_____ % Body Fat (optional) _____ Brachial Artery BP_____/_____ (_____/_____ , _____/_____) RP_____

If either the brachial artery blood pressure (BP) or resting pulse (RP) is above the following levels, further evaluation by the student's primary care physician is recommended.

Age 10-12: BP: >126/82, RP: >104; **Age 13-15:** BP: >136/86, RP >100; **Age 16-25:** BP: >142/92, RP >96.

Vision: R 20/_____ L 20/_____ Corrected: YES NO (circle one) Pupils: Equal_____ Unequal_____

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/Ears/Nose/Throat		
Hearing		
Lymph Nodes		
Cardiovascular		❑ Heart murmur ❑ Femoral pulses to exclude aortic coarctation ❑ Physical stigmata of Marfan syndrome
Cardiopulmonary		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)		
Neurological		
Skin		
MUSCULOSKELETAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Neck		
Back		
Shoulder/Arm		
Elbow/Forearm		
Wrist/Hand/Fingers		
Hip/Thigh		
Knee		
Leg/Ankle		
Foot/Toes		

I hereby certify that I have reviewed the HEALTH HISTORY, performed a comprehensive initial pre-participation physical evaluation of the herein named student, and, on the basis of such evaluation and the student's HEALTH HISTORY, certify that, except as specified below, the student is physically fit to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in the sport(s) consented to by the student's parent/guardian in Section 2 of the PIAA Comprehensive Initial Pre-Participation Physical Evaluation form:

❑ **CLEARED** ❑ **CLEARED** with recommendation(s) for further evaluation or treatment for:_____

❑ **NOT CLEARED** for the following types of sports (please check those that apply):

❑ COLLISION ❑ CONTACT ❑ NON-CONTACT ❑ STRENUOUS ❑ MODERATELY STRENUOUS ❑ NON-STRENUOUS

Due to _____

Recommendation(s)/Referral(s) _____

AME's Name (print/type) _____ License #_____

Address_____ Phone ( ) _____

AME's Signature _____ MD, DO, PAC, CRNP, or SNP *(circle one)* Certification Date of CIPPE ___/____/___