



# NATRONA COUNTY SCHOOL DISTRICT FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO ESCOLAR

LA DECLARACIÓN DEL MÉDICO DEBE TENER UNA FECHA POSTERIOR AL 1 DE MAYO PARA QUE SEA VÁLIDA PARA EL AÑO ESCOLAR SIGUIENTE.

**EN ROJO** Estas áreas deben ser completadas por los padres y el estudiante antes del

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

DEPORTE ESPECÍFICO EN EL QUE PARTICIPARÁ: Otoño: \_\_\_\_\_ Invierno: \_\_\_\_\_ Primavera: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ % de grasa corporal (opc.): \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_  
Presión arterial: \_\_\_\_\_

Visión: D 20/\_\_\_\_ I 20/\_\_\_\_ Corregida:  Sí  No Pupilas: Iguales \_\_\_\_\_ Desiguales \_\_\_\_\_

MÉDICO	NORMAL*	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia	_____	_____
Ojos/oídos/nariz/garganta	_____	_____
Ganglios linfáticos	_____	_____
Corazón	_____	_____
Pulsaciones	_____	_____
Pulmones	_____	_____
Abdomen	_____	_____
Genitales (sólo varones)	_____	_____
Piel	_____	_____

MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL*	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello	_____	_____
Espalda	_____	_____
Hombro/brazo	_____	_____
Codo/antebrazo	_____	_____
Muñeca/mano	_____	_____
Cadera/muslo	_____	_____
Rodilla	_____	_____
Pierna/tobillo	_____	_____
Pie	_____	_____

\*Normal marcado (✓) o No

Autorizado

\*Autorizado después de completar la evaluación/rehabilitación para: \_\_\_\_\_

No autorizado para: \_\_\_\_\_  
Motivo: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en letra de imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_  MD  DO

## HISTORIAL MÉDICO/DE SALUD

**Explique las respuestas afirmativas en la parte**

- | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1.</b> ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2.</b> ¿Toma actualmente algún medicamento o pastilla?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3.</b> ¿Tiene alguna alergia (a medicamentos, abejas u otros insectos con aguijón)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4.</b> ¿Alguna vez se ha desmayado durante o después del ejercicio?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Alguna vez ha sentido mareos durante o después del ejercicio?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>b.</b> ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>c.</b> ¿Se cansa más fácilmente que sus amigos durante el ejercicio?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>d.</b> ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>e.</b> ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo en el corazón?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>f.</b> ¿Alguna vez ha experimentado latidos del corazón acelerados o irregulares?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>g.</b> ¿Alguien en su familia ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5.</b> ¿Tiene problemas de piel (picazón, erupciones, acné)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6.</b> ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Alguna vez ha quedado inconsciente, perdido la memoria o se ha desmayado?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>b.</b> ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>c.</b> ¿Alguna vez ha experimentado hormigueo, ardor, nervio pinzado o entumecimiento en las extremidades?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7.</b> ¿Alguna vez ha tenido calambres musculares o por calor?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Alguna vez se ha mareado, desmayado o enfermado debido al calor?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8.</b> ¿Tiene problemas para respirar o tose durante o después de la actividad?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9.</b> ¿Usa algún equipo especial (almohadillas, aparatos ortopédicos, protectores de cuello, protector bucal, protectores oculares, etc.)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10.</b> ¿Ha tenido algún problema en los ojos o en la vista?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Usa anteojos, lentes de contacto o gafas de protección?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>11.</b> ¿Alguna vez ha tenido esguinces/distensiones, dislocaciones, fracturas, quebraduras o inflamaciones persistentes, u otras lesiones en algún hueso o articulación?   |
|                          |                          | <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pie   |
|                          |                          | <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tibia/pantorrilla |
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12.</b> ¿Ha tenido algún otro problema de salud (asma, diabetes, mononucleosis, etc.)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>13.</b> ¿Ha tenido algún problema de salud o lesión desde su última evaluación?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14.</b> ¿Cuándo fue su primera menstruación?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> ¿Cuándo fue su última menstruación?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>b.</b> ¿Cuál fue el intervalo más largo entre sus períodos menstruales el año   |
| <hr/>                    |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>15.</b> ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido la práctica de algún deporte o actividad física?   |

**Explique todas las respuestas afirmativas**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**FAVOR DE ENTREGAR JUNTOS: 1) EXAMEN FÍSICO COMPLETADO, 2) SOLICITUD DE SEGURO, 3) PAGO DE LA PRIMA DE SEGURO  
AL DIRECTOR DE DEPORTES DE LA ESCUELA O AL FACILITADOR DE ACTIVIDADES/DEPORTES-ML AL MISMO TIEMPO.**

Revisado el 07/05/24