



# Examen de Pre-Participación OSAA

## Parte 1: Completado por el Estudiante o Padre

Año escolar \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Atleta y Padre/Tutor:** Por favor revise todas las preguntas y contéstelas lo mejor de su capacidad. Explique cualquier respuesta de SI al otro lado de esta página.

**Proveedor de Servicios Médicos:** Por favor revise los detalles con el atleta de cualquier respuesta positiva.

SI	NO	No se	
			1. ¿Alguien en la familia del atleta murió de repente antes de la edad de 50?
			2. ¿El atleta de repente se a desmayado o dejar de hacer ejercicio por mareos o dolor en el pecho?
			3. ¿El atleta tiene asma (respira con dificultad), fiebre del heno, otro síntomas de alergias, o utiliza un estuche de epinefrina (Epi-pen)?
			4. ¿Es el atleta alérgico a algunos medicamentos o piquete de abejas?
			5. ¿El atleta se a rompió un hueso, tuvo que ponerse un yeso, o tuvo una herida en alguna coyuntura?
			6. ¿Ha sufrido el atleta algún herida a la cabeza o conmoción cerebral?
			7. ¿El atleta ha tenido alguno golpe a la cabeza que causo confusión, problemas con la memoria o dolor de cabeza prolongados?
			8. ¿El atleta ha sufrido una enfermedad relacionado con el calor (insolación)?
			9. ¿El atleta tiene una enfermedad crónica o ve al médico regularmente por algún problema particular?
			10. ¿EL atleta toma algún medicamento recetado, hierbas o suplemento?
			11. ¿El atleta tiene solo uno del par los órganos (ojos, riñón, testículos, ovarios, etc.)?
			12. ¿El atleta ha tenido limitaciones anteriores de participar en deportes?
			13. ¿El atleta ha tenido episodios de corto de respiración, palpitaciones, historia de fiebre reumática o se fatiga fácilmente?
			14. ¿El atleta alguna vez ha sido diagnosticado de un soplo al corazón o problema del corazón o hipertensión?
			15. ¿Hay antecedentes del joven en la familia del atleta que han tenido cardiopatía congénita u otras enfermedades cardiacas, ritmos anormales del corazón, síndrome de QT largos o Marfan? (Usted puede escribir "No entiendo estos termos" y poner sus iniciales en este artículo, si es apropiado.)
			16. ¿El atleta ha pasado una noche en el hospital o a tenido una cirugía?
			17. ¿El atleta pierde de peso regularmente para reunir con los requisitos para su deporte?
			18. ¿El atleta tiene cualquier cosa que él o ella quiere repasar con el médico?
			19. ¿El atleta tose, respira con dificultad, o tiene problemas respirando durante o después de una actividad??
			20. ¿Estás preocupado con su peso?
			21. SOLAMENTE PARA LAS MUJERES a. ¿Cuándo fue tu primer ciclo menstrual? _____ b. ¿Cuándo fue tu ciclo menstrual más recién? _____ c. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre los periodos menstruales el año pasado? _____

### Declaración de Padre/Tutor:

He revisado y respondido las preguntas arriba a lo mejor de mi capacidad. Yo y mi hijo/a entendemos y aceptamos que hay riesgos de heridas serias y hasta muerte en cualquier deporte, incluyendo los que en cual mi hijo elige a participar. Por este medio doy permiso para que mi hijo participe en deporte/actividades.

Por este medio autorizo tratamiento médico de emergencia y/o transportación a los servicios médica por cualquier herida o enfermedad considerada urgentemente necesaria por un entrenador atlético registrado, entrenador, o medico práctico.

Yo entiendo que esta exanimación física de pre-participación de este deporte no está designada o destinada para tomar el lugar que cualquier recomendación comprensiva de una evaluación de salud.

Por este medio autorizo liberación de los resultados de esta exanimación a la escuela de mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

ORS336.476, Sección 1 (3)\* Un distrito escolar requiere estudiantes que continúan participando en deportes extracurriculares en grados 7 a 12 de obtener un exanimación físico cada dos años. \*Sección 1(5)\* Cualquier exanimación físico requerido por esta sección debe ser conducida por un (a) medico posesionado una licencia ilimitada para practicar medicina; (b) medico con licenciatura en neurópata; (c) asistente medico con licenciatura; (d) enfermera certificada; o un (e) médico con licencia quiropráctica que tiene entrenamiento clínico y la experiencia en la detección de cardiopulmonar."

**School Sports Pre-Participation Examination – 2<sup>da</sup> Parte Completado por el Proveedor Medico**

**NAME:** \_\_\_\_\_ **BIRTHDATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Height:** \_\_\_\_ **Weight:** \_\_\_\_ **% Body Fat (optional):** \_\_\_\_ **Pulse:** \_\_\_\_ **BP:** \_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_)  
**Rhythm:** Regular \_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_  
**Vision:** R 20/\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_ **Corrected:** Y N **Pupils:** Equal \_\_\_\_ Unequal \_\_\_\_

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart: Pericardial activity			
1st & 2nd heart sounds			
Murmurs			
Pulses: brachial/femoral			
Lungs			
Abdomen			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot			

\* Station-based examination only

**CLEARANCE**

\_\_\_\_ Cleared  
 \_\_\_\_ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name of Medical Provider \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (print/type):  
 \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature of Medical Provider: \_\_\_\_\_

*As per ORS 336.479, Section 1 (3) "A school district shall require students who continue to participate in extracurricular sports in grades 7 through 12 to have a physical examination once every two years." Section 1(5) "Any physical examination required by this section shall be conducted by a (a) physician possessing an unrestricted license to practice medicine; (b) licensed naturopathic physician; (c) licensed physician assistant; (d) certified nurse practitioner; or a (e) licensed chiropractic physician who has clinical training and experience in detecting cardiopulmonary diseases and defects."*