

**SE DEBE COMPLETAR 30 DÍAS ANTES DE HACER**

**HISTORIAL MÉDICO – DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES Y EL NIÑO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

Su hijo presenta o ha presentado alguna las siguientes condiciones:  
**Explique las respuestas que responda con un “Sí” a continuación.**

- |  |   |
|--|---|
| <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Una enfermedad o lesión desde el último examen físico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Una enfermedad crónica o en curso</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización durante la noche/Cirugía/Procedimientos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Alergias: estacional, a medicamentos, alimentos, látex, insectos _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Antihistamínico _____ EpiPen _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Mareos/desmayos durante o después del ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Dolor de pecho durante o después del ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Se cansa más rápido que los amigos durante el ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. Se enferma por hacer ejercicio cuando hace calor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. Frecuencia cardíaca acelerada o con saltos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. Presión arterial alta/baja o colesterol alto</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. Soplo cardíaco o afección cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. Algún miembro de la familia o pariente murió de problemas cardíacos o de muerte súbita antes de los 50 años</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. Un familiar diagnosticado con una enfermedad cardíaca, Marfans, síndrome de QT largo, miocardiopatía hipertrófica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Infección de miocarditis/mononucleosis en el último mes.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Restricción de participar en deportes por algún problema cardíaco indicada por un médico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17. Lesión en la cabeza o conmoción cerebral Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18. Golpe en la cabeza que le provocó náuseas, dolor de cabeza, mareos, pérdida del conocimiento o la memoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19. Toma medicamentos para convulsiones/epilepsia _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20. Dolores de cabeza o migrañas intensas y frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21. Entumecimiento/hormigueo/debilidad en las extremidades después de un golpe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22. Picadura de aguijón, quemadura o nervio presionado</p> | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23. Dificultad para respirar/Tos/Dificultad para respirar durante/después del ejercicio.<br/>Asma <input type="checkbox"/> Usa inhalador _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24. Esguince, distensión o hinchazón después de una lesión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25. Fracturas de huesos o dislocación de articulaciones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26. Dolor/hinchazón en músculos, tendones, articulaciones o artritis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27. Problemas de estómago, aumento/pérdida de peso rápido</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28. Enfermedad renal o de riñón</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29. Trastornos en la sangre: anemia, drepanocitosis, hemofilia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. Problemas cutáneos recurrentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31. Problemas de visión o visión en un ojo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32. Gafas, lentes de contacto o gafas protectoras</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 33. Hipoacusia/Implante coclear/Audífono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34. Utiliza apoyos, dispositivos ortopédicos en los pies u otros dispositivos protectores.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 35. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría hablar con el médico?</p> <p><b>Solo para niños</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36. Un testículo que no ha descendido o un testículo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 37. Dolor en la ingle o bulto o hernia dolorosa</p> <p><b>Solo para niñas</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 38. Edad del primer periodo menstrual _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 39. Último ciclo menstrual _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 40. ¿Sus periodos son regulares?</p> |
|--|---|

Información de COVID-19	No	Sí
41. ¿Alguna vez su hijo ha obtenido un resultado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Su hijo tuvo síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Su hijo consultó a un proveedor de atención médica (HCP) debido a sus síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Su hijo tuvo algún síntoma cardíaco (nuevos síntomas de ritmo cardíaco rápido o lento, opresión o dolor en el pecho, cambios en la presión arterial o una afección cardíaca diagnosticada por el HCP)? En caso afirmativo, proporcione información adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Su hijo fue hospitalizado? En caso afirmativo, proporcione la(s) fecha(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿le diagnosticaron a su hijo síndrome inflamatorio multisistémico (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿está su hijo bajo el cuidado de un HCP por esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique las respuestas con si:

Mediante el presente documento declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas a las preguntas anteriores son completas

PADRE/MADRE/FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y RECONOCIMIENTO DE RIESGO

APELLIDO	NOMBRE	GRADO	F. DE NAC.
NOMBRE DEL DOCTOR DE LA FAMILIA		DEPORTE	

Estimados padres:

Como candidato para nuestra actividad escolar, su hijo ha elegido un programa valioso en el que desea participar. Se entiende que la escuela proporcionará todas las garantías para la protección de su hijo, que incluyen:

Para los interescolares:

1. Cumplimiento estricto de las normas establecidas por la Asociación Atlética de Escuelas Secundarias del Estado de Nueva York y la Sección VIII.
2. El uso de equipo deportivo aprobado.
3. Puede registrarse, sin ningún costo, para un examen físico deportivo proporcionado por el distrito en una fecha específica durante el año escolar o puede optar por usar su propio médico.

**SEGURO:** La junta de educación proporciona cobertura complementaria a su póliza de seguro para todos los estudiantes en el sistema escolar y esta cobertura se extiende a los estudiantes que participan en el programa de clases de Atletismo interescolar, intramurales y Educación Física. Cuando no exista ninguna otra póliza, esta cobertura ayudará a sufragar algunos de los gastos incurridos.

**ADVERTENCIA:** Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, estoy familiarizado con su deseo de participar en el programa interescolar. Soy consciente de que la participación en deportes conlleva un riesgo de lesión para mi hijo y que este riesgo aumenta en gimnasia y deportes de contacto como el fútbol y la lucha libre. He tenido la oportunidad de comprender los riesgos inherentes al atletismo interescolar. Entiendo que existe la posibilidad de que un niño sufra lesiones graves, incluida la parálisis permanente o la muerte, como resultado de participar en actividades físicas. Se me ha informado de las pruebas de IMPACTO obligatorias que deben realizar todos los atletas. He recibido información sobre el protocolo de "Regreso a jugar" por conmoción cerebral y sobre cómo reconocer los signos de una lesión en la cabeza.

Además, soy consciente de que participar en Atletismo interescolar implicará viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes a participar en el Atletismo interescolar y en el viaje involucrado. Teniendo esto en cuenta, doy mi autorización para que mi hijo/a participe y viaje con el equipo.

De acuerdo con la información anteriormente expuesta, doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las actividades atléticas interescolares que NO SE TACHARON en la siguiente lista durante el año escolar actual: bádminton, béisbol, baloncesto, bolos, animación, carrera a campo traviesa, hockey sobre césped, fútbol, golf, gimnasia, lacrosse, portettes, fútbol, softbol, natación, tenis, atletismo, voleibol, atletismo de invierno y lucha libre.

En agradecimiento por prestar a mi hijo/a el equipo de protección y el equipo deportivo utilizado en relación con las actividades mencionadas anteriormente, mediante la presente acepto pagar cualquier equipo/accesorio perdido mientras estaba bajo el cuidado de mi hijo/a.

LOS ESTUDIANTES DEBEN ENVIAR SU CONSENTIMIENTO FIRMADO ANTES DE PARTICIPAR DURANTE LA TEMPORADA DEPORTIVA. NO SE PERMITIRÁ PARTICIPAR A LOS ESTUDIANTES QUE NO LO HAGAN.

He leído lo anterior, lo entiendo y estoy de acuerdo.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA	TELÉFONO DE CASA
-----------------------------	-------	------------------