

Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico. Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

Cuestionario para la Participación Atlético (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre _____ Masculino _____ Hembra _____ Fecha del nacimiento _____ Grado _____

Domicilio _____ Distrito Escolar _____

Nombre de padre/guardián _____ Fecha _____ Numero del teléfono _____

Médico de la familia _____ Teléfono del médico _____

HISTORIA DE LA SALUD (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en el otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 1 ___ Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida?
- 2 ___ Enfermedad que dura más de una (1) semana?
- 3 ___ El Asma o dificultad que respira durante ejercicio?
- 4 ___ Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?
- 5 ___ La Diabetes?
- 6 ___ Epilepsia u otros ataques?
- 7 ___ Llevar lentes o lentillas?
- 8 ___ La infección del herpes o MRSA?
- 9 ___ Hospitalizaciones (de noches o más largo)?
- 10 ___ El Síndrome de Marfan?
- 11 ___ Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?
- 12 ___ La fiebre Reumática, el mononucleosis?
- 13 ___ Las tomas o frecuente dolores de cabeza?
- 14 ___ La cirugía?
- *****
- 15 ___ Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?
- 16 ___ El mareo o desmayar con ejercicio?
- 17 ___ Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?
- 18 ___ Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?
- 19 ___ La hipertensión o el colesterol alto?

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 20 ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 21 ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 22 ___ El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armamentos o piernas con contacto?
- *****
- 23 ___ El músculo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?
- *****
- 24 ___ Fractura, la fractura por sobrecarga o articulación dislocada?
- 25 ___ Las heridas que requieren el tratamiento médico?
- 26 ___ La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
- 27 ___ La herida del cuello?
- 28 ___ Aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, equipos de protección?
- 29 ___ Otras heridas articulación graves?
- 30 ___ Doloroso abultamiento o hernia en la ingle?
- 31 ___ Rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, terapia física?
- *****
- 32 ___ Un médico ha negado nunca o restringido su participación en los deportes por cualquier razón?
- 33 ___ ¿Tiene alguna duda que le gustaría discutir con su proveedor de atención médica?

Si No Historia de Familia

- 34 ___ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
- 35 ___ ¿Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inexplicada antes de la edad de 50 años?
- 36 ___ ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?
- 37 ___ ¿Tiene alguien en su familia había inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?
- 38 ___ ¿Alguien en su familia tiene asma?
- 39 ___ ¿Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "si" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional: _____

40 ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: _____

41 Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-
A _____ B _____ C _____

42 Año del último conocido- El tétano inyección _____ Vacunación de Meningitis _____ Vacunación de Influenza _____

43 ¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría _____ Menos _____

44 ¿Está usted contento con su peso actual? Sí _____ No _____

PARA MUJERES SOLO-

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? _____

2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? _____

Registro Físico del Examen (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta _____ La altura _____ Peso _____

Pulso _____ Tensión _____ / _____ (Repita si anormal _____ / _____) la Visión R 20/ _____ L 20/ _____

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual)	_____	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____	_____
5. El cuello	_____	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____	_____
7. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____	_____
11. Pele	_____	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____	_____
13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____	_____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - _____

La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales

REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION

LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)

- Béisbol Baloncesto A campo través Fútbol americano Golf Fútbol
 Béisbol para chicas Natación Tenis pista(correr) Voleibol Lucha
 Lanzamiento

Espacio Libre pendiente documentado sigue de

No aprobado para la Participación Atlética debido a: _____

Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió) _____

La Fecha _____

Firma de Médico Licenció Profesional _____

Numero del teléfono _____

El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)

Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. Doy también mi permiso para el médico del equipo, entrenador atlético, u otro personal calificado para dar los primeros auxilios el tratamiento a mi hijo o la hija en un acontecimiento atlético en caso de la herida.

El nombre del padre/guardián (Imprimió) _____

Firma del padre/guardián _____

Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera) _____

El numero del teléfono _____

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética. Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser conectadas a esta forma.