

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: Formulario que deben completar el paciente y el padre/tutor antes de ver al proveedor. Los proveedores guardan una copia en el historial del paciente. Las escuelas conservan una copia en el expediente académico del alumno de acuerdo con los requisitos de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).



Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

**Medicamentos y alergias:** Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.

☐ Medicamentos ☐ Pólenes ☐ Alimentos ☐ Insectos que pican

**Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**  
Dé las respuestas de 0 a 3, utilizando esta escala: 0 = En absoluto; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días

Poco interés o placer por hacer cosas: 0 1 2 3 Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado: 0 1 2 3

Nota para los proveedores: Si la puntuación combinada es 3 o superior, el alumno debe ser evaluado más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumple los criterios de un trastorno depresivo.

**Explique las respuestas "Sí" a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.**

| PREGUNTAS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SÍ | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con su proveedor?                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
| 2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?                                                                                                                                                                                                      |    |    |
| 3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 4. ¿Ha tenido una infección por COVID-19 que haya requerido hospitalización?                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| ESTAS PREGUNTAS NOS PERMITEN CONOCER LA SALUD DE SU CORAZÓN                                                                                                                                                                                                                                                                            | SÍ | NO |
| 5. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |
| 6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
| 7. ¿Su corazón se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                         |    |    |
| 8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen:<br>___ Hipertensión arterial ___ Un soplo cardíaco<br>___ Colesterol alto ___ Una infección del corazón<br>___ Enfermedad de Kawasaki Otros: _____                                                            |    |    |
| 9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.                                                                                                                                                                                                         |    |    |
| 10. ¿Se mareo o siente que le falta el aire más que a sus amigos durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER LA SALUD DEL CORAZÓN EN SU FAMILIA. POR FAVOR CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA                                                                                                                                                                                                                            | SÍ | NO |
| 12. ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente de auto inexplicable)?                                                                                                                                           |    |    |
| 13. ¿Alguien de su familia padece algún problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQT), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)? |    |    |
| 14. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |

| ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA ÓSEO O ARTICULAR QUE PODRÍA LIMITAR SU CAPACIDAD PARA SER FÍSICAMENTE ACTIVO                                               | SÍ | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 15. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido? |    |    |
| 16. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste?                                                                                                |    |    |
| ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN CONOCER CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO ACTUAL O PASADO                                                                                                     | SÍ | NO |
| 17. ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante/después del ejercicio?                                                                                          |    |    |
| 18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?                                                                                        |    |    |
| 19. ¿Tiene dolor inguinal o testicular o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?                                                                                 |    |    |
| 20. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente, o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?            |    |    |
| 21. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?                           |    |    |
| 22. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras recibir un golpe o caerse?         |    |    |
| 23. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?                                                                                                     |    |    |
| 24. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgo o enfermedad de células falciformes?                                                                                             |    |    |
| 25. ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?                                                                                                                |    |    |
| ESTAS PREGUNTAS NOS HACEN SABER SI ESTÁ PROPORCIONANDO A SU CUERPO LA ENERGÍA SUFICIENTE (COMBUSTIBLE) CUANDO ES FÍSICO Y ACTIVO                                                | SÍ | NO |
| 26. ¿Le preocupa su peso?                                                                                                                                                       |    |    |
| 27. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que aumente/baje de peso?                                                                                                      |    |    |
| 28. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?                                                                                         |    |    |
| 29. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?                                                                                                                           |    |    |
| 30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? (En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas).                                                                      |    |    |
| 31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____                                                                                                                  |    |    |
| 32. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? _____                                                                                                                        |    |    |
| 33. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? _____                                                                                                            |    |    |

**Explique aquí las respuestas afirmativas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.**

Firma del atleta \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones de licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©2023 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva. Los recursos relacionados con la salud mental de OHA pueden encontrarse en el sitio web de OSAA a través del código QR anterior o en <https://www.osaa.org/resources>.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

(Nota: Los proveedores conservan una copia en el expediente del paciente. Las escuelas guardan una copia en el expediente educativo del estudiante de acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). En virtud de la FERPA, los expedientes educativos pueden incluir cualquier expediente médico del estudiante que conserven las escuelas).



Escanee el código QR para obtener recursos actualizados

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

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

| EXAMEN                                                                |        |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Estatura:                                                             | Peso:  | % de IMC:                                                                            |
| Presión sanguínea: / ( / )                                            | Pulso: | Visión D 20/ I 20/ Corregida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| MÉDICO                                                                | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES                                                                  |
| Aspecto                                                               |        |                                                                                      |
| Ojos, oídos, nariz, garganta                                          |        |                                                                                      |
| Ganglios linfáticos                                                   |        |                                                                                      |
| Corazón<br>• Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva) |        |                                                                                      |
| Pulsos                                                                |        |                                                                                      |
| Pulmones                                                              |        |                                                                                      |
| Abdomen                                                               |        |                                                                                      |
| Piel                                                                  |        |                                                                                      |
| Sistema neurológico                                                   |        |                                                                                      |
| MÚSCULO-ESQUELÉTICO                                                   |        |                                                                                      |
| Cuello                                                                |        |                                                                                      |
| Espalda                                                               |        |                                                                                      |
| Hombro/brazo                                                          |        |                                                                                      |
| Codo/antebrazo                                                        |        |                                                                                      |
| Muñeca/mano/dedos                                                     |        |                                                                                      |
| Cadera/muslo                                                          |        |                                                                                      |
| Rodilla                                                               |        |                                                                                      |
| Pierna/tobillo                                                        |        |                                                                                      |
| Pie/dedos del pie                                                     |        |                                                                                      |

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:

☐ No autorizado

☐ Pendiente de evaluación adicional

☐ Para cualquier deporte

☐ Para ciertos deportes: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He examinado el estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en los deportes, según lo indicado anteriormente. Existe copia del examen físico en el expediente de mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela si los padres así lo solicitan. Si se presentaran condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el proveedor podrá rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se haya explicado completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores). Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escribir a mano o a máquina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada ; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

## MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Pedirle al paciente que:

1. Se ponga frente al examinador
2. Mire al techo, al piso, sobre los hombros, toque las orejas a los hombros
3. Se encoja de hombros (contra resistencia)
4. Mueva los hombros 90 grados, contra resistencia
5. Rote externamente los brazos por completo
6. Flexione y extienda los codos
7. Ponga los brazos a los lados, los codos a 90 grados de flexión, muñecas pronadas/supinadas
8. Que extienda los dedos, haciendo un puño
9. Contraiga los cuádriceps, relaje los cuádriceps
10. Que haga la "marcha del pato" 4 pasos del examinador
11. Quedarse de pie de espaldas al examinador
12. Que con las rodillas rectas, se toque los dedos del pie
13. Se eleve sobre los talones, luego sobre los dedos del pie

Para comprobar:

- Articulaciones, complexión general
- Movimiento de la columna cervical
- Fuerza del trapecio
- Fuerza deltoide
- Movimiento de hombro
- Movimiento de codo
- Movimiento del codo y la muñeca
- Movimiento de mano y dedos, deformidades
- Simetría y efusión de la rodilla/tobillo
- Movimiento de cadera, rodilla y tobillo
- Simetría del hombro, escoliosis
- Escoliosis, movimientos de cadera, tendones
- Simetría de la pantorrilla, fuerza de las piernas

**EVALUACIÓN DE SOPLOS** – La auscultación se debe realizar sentado, decúbito supino y en cuclillas en una sala silenciosa usando el diafragma y la campana de un estetoscopio.

Hallazgo de auscultación de:

1. S1 oído fácilmente; no holosistólico, suave, grave
  2. S2 normal
  3. No expulsión o clic mesosistólico
  4. Continuo soplo diastólico ausente
  5. No hay soplo diastólico precoz
  6. Pulsos femorales normales
- (Equivalente a pulsos braquiales en fuerza y llegada)

Se descarta:

- Comunicación Interventricular e insuficiencia mitral
- Tetralogía, CIA e hipertensión pulmonar
- Estenosis aórtica y estenosis pulmonar
- Conducto arterioso persistente
- Insuficiencia aórtica
- Coartación aórtica

## CONMOCIÓN CEREBRAL: ¿Cuándo puede un atleta volver a jugar después de sufrir una conmoción cerebral?

Después de sufrir una conmoción cerebral, ningún atleta debería volver a jugar o practicar en el mismo día. Antes se permitía a los atletas volver a jugar si los síntomas desaparecían en 15 minutos desde la lesión. Los estudios han demostrado que el cerebro joven no se recupera tan rápidamente, así la que la asamblea legislativa de Oregon ha establecido una regla por la que ningún jugador podrá volver a jugar luego de una conmoción cerebral el mismo día y el atleta deberá recibir autorización de un profesional de la salud capacitado antes de poder regresar al juego o a la práctica.

**Progresión gradual y escalonada de retorno a la participación:** Se requiere una autorización médica por **ORS 336.485, ORS 417.875** antes de volver a participar.

1. **Actividad limitada por los síntomas:** Reposo relativo hasta 48-72 horas. Permita una actividad física y cognitiva de baja intensidad. Puede incluir quedarse en casa o limitar las horas escolares y / o la tarea. Reintroduzca gradualmente una actividad muy ligera mientras limita los síntomas.
2. **Ejercicio aeróbico ligero:** Caminar o bicicleta estática a una intensidad de baja a moderada; sin contacto, resistencia o entrenamiento con pesas.
3. **Ejercicio deportivo específico:** Carreras de velocidad, regatear en baloncesto o fútbol; sin casco ni equipo, sin actividades de impacto en la cabeza.
4. **Entrenamiento sin contacto:** Ejercicios más complejos con el equipo completo. Puede comenzar el entrenamiento con pesas o de resistencia.

**\*\* Antes de pasar a la siguiente etapa, el deportista debe estar totalmente recuperado, tener el alta médica y asistir a la escuela a tiempo completo sin adaptaciones.**

5. **Práctica de contacto completo:** Participar en actividades normales de entrenamiento de contacto completo.
6. **Retorno a la participación sin restricciones / Plena competencia:** Juego contra el equipo contrario.

El atleta debe pasar un mínimo de un día en cada paso. Si los síntomas reaparecen, el deportista debe interrumpir la actividad y ponerse en contacto con su entrenador deportivo u otro profesional de la salud. Dependiendo del tipo específico y de la gravedad de los síntomas, se le puede indicar al deportista que descansa durante 24 horas y luego reanude la actividad un escalón por debajo del nivel en el que se produjeron los síntomas. La progresión gradual se aplica a todas las actividades, incluidos los deportes y las clases de educación física.

### 581-021-0041 Formulario y protocolo para exámenes físicos de deportes

1. El Consejo Estatal de Educación adopta por referencia el formulario titulado "Examen previo a la participación en los deportes de la escuela", de fecha de abril de 2023, que debe utilizarse para documentar los exámenes físicos y establece el protocolo para llevar a cabo el examen físico. El formulario puede utilizarse en papel o formato electrónico. Los proveedores de atención médica pueden utilizar sus sistemas de registros médicos electrónicos para producir el formato electrónico. Los proveedores de atención médica que lleven a cabo los exámenes físicos a los estudiantes que participan en actividades extracurriculares, en los grados 7 a 12, deberán utilizar el formulario.
2. Si el formulario se elabora a partir de un historial médico electrónico, deberá contener la siguiente declaración encima de la línea de firma del proveedor médico: Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".
3. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2018 y antes del 1 de mayo de 2023 deberán utilizar el formulario con fecha de mayo de 2017.
4. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2023 y antes del 1 de mayo de 2024 podrán utilizar el formulario con fecha de mayo de 2017 o el formulario con fecha de abril de 2023.
5. Los proveedores médicos que realicen reconocimientos médicos a partir del 1 de mayo de 2024 deberán utilizar el formulario con fecha de abril de 2023.

**NOTA:** El formulario se puede encontrar en la página web de la Asociación de Actividades Escolares de Oregon (OSAA) en <https://www.osaa.org/health-safety>. Estatutario / Otra Autoridad: ORS 326.051

Estatutos / Otros implementados: ORS 336.479