



EXAMEN DE APTITUD FÍSICA PARA HACER DEPORTE

Dónde: Pagosa Springs Medical Center

Cuándo: Sábado 25 de julio, de 9:00 a. m. al mediodía

Quién: Pagosa Springs Medical Center y Who We Play For

Qué: Exámenes médicos de aptitud física para hacer deporte para estudiantes de la escuela intermedia y la preparatoria para el año escolar 2026-2027.

\$26, solo en efectivo

Se examinará a los deportistas por orden de llegada. Para que tu experiencia sea lo más agradable posible, te pedimos que traigas contigo los artículos siguientes y los tengas a mano a tu llegada.

_____ \$26 en efectivo

_____ Inscripción de Who We Play For (WWPF) completada en Internet antes de llegar. Este es un examen cardíaco no invasivo GRATUITO y MUY recomendado. Si te hiciste el examen el año pasado, no es necesario que lo repitas este año, a menos que lo desees.

_____ Consentimiento de Who We Play For, que **DEBE estar firmado por tu padre, tu madre o tu tutor/a**

_____ Formulario de datos personales de PSMC

_____ Formulario de consentimiento de PSMC - **DEBE estar firmado por tu padre, tu madre o tu tutor/a**

_____ Formulario del examen de aptitud física para hacer deporte de la CHSAA – Todas las partes resaltadas deben completarse y **DEBE estar firmado por tu padre, tu madre o tu tutor/a.**

_____ Historia clínica sobre antecedentes médicos conocidos



WHO WE PLAY FOR

HEART SCREENING

For Every Kid Who Never Had The Opportunity



An Electrocardiogram (ECG or EKG) is painless, non-invasive and only takes 5 minutes to complete. Each ECG is read by a board certified pediatric cardiologist.

WHEN:

07/25/2026 09:00 AM - 12:00 PM

WHERE:

95 S. Pagosa Blvd., Pagosa Springs, Colorado, 81147
Pagosa Springs Medical Center Main Entrance

COST:

FREE for ages 10-22 Sponsored by

PAGOSA SPRINGS
Medical Center

REGISTER:

<http://whoweplayfor.org/form-redirect?id=261804834625056>



To learn more about Who We Play For or to get involved, visit whoweplayfor.org

80%

No symptoms prior to sudden cardiac arrest event

1 IN 300

Youth have a detectable heart condition

#1

Cause of death on school campuses and in student athletes

Pagosa Springs Medical Center

Formulario de consentimiento para la prueba de electrocardiograma ("ECG") y exención de responsabilidad



1. Acerca de la detección de ECG

Una prueba de detección de ECG (también conocida comúnmente como EKG) es una prueba que mide la actividad eléctrica del corazón para ayudar a identificar el riesgo de muerte cardíaca súbita de un individuo. Los exámenes de ECG realizados por Who We Play For ("WWPF") incluyen (i) un examen de ECG y (ii) un formulario de historial médico.

2. Consentimiento para Participar y Agradecimientos

Para recibir una prueba de ECG, cada participante debe leer y firmar este Formulario de Consentimiento para la Prueba de Electrocardiograma y Liberación de Responsabilidad ("Consentimiento y Liberación"). Si el Participante es menor de edad, el padre o tutor legal del Participante debe leer y firmar este Consentimiento y Liberación. La persona que recibe el ECG En el presente documento, se hará referencia a Screening como el "Participante". Al firmar este Consentimiento y Liberación, usted reconoce y da fe de lo siguiente:

- Leí cuidadosamente este Consentimiento y Liberación, entiendo este Consentimiento y Liberación, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta;
- Doy mi consentimiento y elijo voluntariamente que representantes y voluntarios realicen un examen de ECG al Participante;
- Entiendo y asumo voluntariamente todos los riesgos asociados con la participación del Participante en este programa de detección de ECG. Entiendo que el examen de ECG sólo detectará anomalías en el corazón del Participante y no constituye un examen o diagnóstico médico completo. Entiendo que los resultados anormales de las pruebas no representan ni implican oficialmente que el participante tenga o no una afección cardíaca. Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de la evaluación. Entiendo que este examen no diagnostica todas las causas de muerte súbita cardíaca. Reconozco que la información que recibo de la prueba de ECG refleja la condición del corazón del Participante el día de la prueba de ECG. Este examen de ECG no constituye un diagnóstico concluyente de la salud del corazón o la condición física del Participante, y no pretende reemplazar el tratamiento y los controles con el médico de atención primaria del Participante u otro proveedor. Reconozco las limitaciones de un examen de ECG y que aún pueden ocurrir muerte cardíaca súbita u otros eventos cardíacos, a pesar de este examen. Entiendo que este examen de ECG no establece una relación de tratamiento o proveedor entre (i) el Participante y (ii) WWPF o cualquier individuo que administre, interprete o comunique el examen de ECG o los resultados del examen de ECG. Reconozco que soy el único responsable de tomar cualquier acción de seguimiento adecuada relacionada con los resultados de la prueba de ECG del Participante. Entiendo que la atención y el tratamiento de seguimiento no son parte de este programa de detección de ECG;
- Tengo la autoridad para firmar este Consentimiento y Liberación porque (i) soy el Participante o (ii) soy el padre o tutor legal del Participante.

3. Resultados, comunicación y confidencialidad de los exámenes de detección de ECG

El cardiólogo certificado por la junta que lee e interpreta el examen de ECG del Participante colocará al Participante en una de tres categorías: (i) bajo riesgo; (ii) seguimiento requerido; o (iii) mayor riesgo. Reconozco que el examen de ECG de cualquier Participante que se designe como de "alto riesgo" deberá someterse a más pruebas (por ejemplo, un ecocardiograma o una ecografía) antes de que se le permita reanudar el atletismo. En ciertos condados, los participantes designados como "seguimiento requerido" deben someterse a más pruebas antes de que se les permita reanudar el atletismo. Reconozco, comprendo y acepto lo siguiente:

- Si el cardiólogo certificado por la junta coloca al Participante en una categoría que requiere más pruebas o consulta médica, entonces WWPF puede informar a las personas que: Supervisan la participación del Participante en atletismo de los resultados y el estado del examen de ECG del Participante.
- Como parte de este examen de ECG, acepto permitir que (i) profesionales médicos y (ii) personal, contratistas y voluntarios de WWPF (el "Equipo de WWPF") tengan acceso a los registros médicos creados durante este examen de ECG. Acepto permitir que el equipo de WWPF se comunique conmigo con respecto a la participación del participante en este examen de ECG y los resultados. Autorizo a WWPF a utilizar toda la información proporcionada, incluida la evaluación del ECG, con fines de diagnóstico y estadísticos agregados y evaluaciones e investigaciones médicas. La información recopilada de cualquier evento de detección de ECG puede publicarse en revistas científicas o presentarse en reuniones científicas, pero ningún Participante será identificado personalmente. Esta autorización se puede revocar enviando un aviso por escrito a WWPF a info@whoweplayfor.org. Según corresponda, el equipo de WWPF cumplirá con todas las leyes y regulaciones estatales y federales pertinentes, incluidas las secciones aplicables de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) y la Ley de derechos y privacidad de la familia y la educación (FERPA).

4. Renuncia y Liberación de Reclamos y Responsabilidad

Al firmar este Consentimiento y liberación, acepto renunciar a cualquier reclamo contra WWPF y sus empleados, directores, funcionarios, representantes, patrocinadores, fideicomisarios, socios, consultores, voluntarios y contratistas (colectivamente, las "Partes indemnizadas"). Además, acepto indemnizar, liberar y eximir de responsabilidad a las partes indemnizadas de todos y cada uno de los reclamos, responsabilidades, costos y gastos que surjan o estén relacionados con el desempeño, la interpretación y/o la comunicación de los resultados de este examen de ECG.

5. Preguntas de reconocimiento y antecedentes médicos preliminares

Certifico que he leído este formulario o me lo han leído y que entiendo completamente este Consentimiento y Liberación. En consideración de los servicios de ECG proporcionados por WWPF al Participante, doy mi consentimiento (i) a este Consentimiento y Liberación y (ii) a la participación del Participante en el programa de detección de ECG.

Soy el padre/madre/tutor legal del menor mencionado en este documento. Tengo el derecho legal de consentir este examen de ECG y, al marcar esta casilla, acepto los términos y condiciones del Consentimiento y Exención de Responsabilidad.

Nombre del participante (en letra de imprenta clara)

Fecha

Nombre del padre/tutor (si corresponde) (en letra de imprenta clara)

Firma del padre/tutor (firma del participante si es un adulto)

Dirección de correo electrónico del padre/tutor (en letra de imprenta clara)

Número de teléfono del padre/tutor (del participante si es un adulto)

Datos personales del paciente

Nombre del paciente: _____ Nombre anterior o apodo: _____

Sexo: Masculino Femenino Número del Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección física: _____
Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____
Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono particular: (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No

N.º de teléfono celular: (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Raza: Blanco(a) Negro(a)/Afroamericano Origen étnico: Hispano o latino
 Indígena estadounidense/Nativo(a) de Alaska Ni hispano ni latino
 Asiático(a) Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico No lo sé No lo quiero decir
 No lo sé No lo quiero decir

Estado civil: _____ Idioma principal: Inglés Español Otro: _____ No lo quiero decir

¿Le gustaría recibir una invitación por correo electrónico a nuestro portal del paciente para poder ver los resultados de sus análisis en Internet?

Sí No

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación/parentesco: _____

N.º de teléfono particular: (_____) _____ - _____ Otro n.º de teléfono: (_____) _____ - _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Solo para pacientes menores de edad:

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal: _____

Firma de la persona autorizada a dar el consentimiento: _____

Indique cómo está autorizado(a) _____

Consentimiento general para visitas o admisiones

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para recibir atención y servicios de Pagosa Springs Medical Center (PSMC). Los servicios pueden incluir, entre otros, exámenes, procedimientos diagnósticos de rutina, evaluación, tratamientos médicos y de salud mental, y administración de medicamentos. Estos servicios serán prestados por médicos, enfermeros practicantes, asociados médicos, enfermeros, personal de salud mental o asistentes de dichos proveedores. Entiendo que tengo derecho a analizar los procedimientos o tratamientos propuestos con mi proveedor. Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de los exámenes o tratamientos. Entiendo que este consentimiento cubre todos los procedimientos que no requieren un consentimiento específico y que es válido solo para esta visita.

POLÍTICAS FINANCIERAS Y CESIÓN DE BENEFICIOS: En la mayoría de los casos, las tasas que usted es responsable de pagar (copagos, deducibles, coaseguros) se deben abonar en el momento en que se prestan los servicios. Es su responsabilidad conocer las prestaciones de su seguro médico, lo que incluye si PSMC es un proveedor contratado por su compañía de seguros y sus prestaciones cubiertas, las prestaciones excluidas y cualquier requisito de autorización previa. PSMC intentará confirmar la cobertura de su seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información actual y exacta sobre el seguro, lo que incluye todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no facilita esta información, puede incurrir en responsabilidad financiera. Como contraprestación de los servicios, usted o su garante se obligan a pagar la totalidad de los gastos de su visita o procedimiento. PSMC facturará primero a su compañía de seguros, descontando los copagos o deducibles, y después le facturará a usted cualquier cantidad que se determine que es responsabilidad suya según su plan de prestaciones. Este proceso suele durar entre 45 y 90 días a partir del momento en que su compañía de seguros recibe la solicitud de reintegro. Su compañía de seguros efectuará los pagos directamente a PSMC por los servicios que le presten PSMC y su personal, y a los profesionales no empleados por los servicios que ellos presten. Algunas coberturas de seguro tienen prestaciones fuera de la red que conllevan gastos de coaseguro, copagos más elevados y prestaciones anuales limitadas. Si recibe servicios incluidos en una prestación fuera de la red, es posible que su responsabilidad financiera sea más elevada que la tarifa dentro de la red. Entiendo que algunos de los profesionales que me atienden durante mi estancia en el hospital no son empleados ni agentes del mismo. Estos profesionales pueden incluir a otros médicos a los que mi médico les solicite participar en mi atención, así como radiólogos y anatomopatólogos. Como consecuencia, entiendo que estos profesionales me facturarán costos aparte de los del hospital.

EXPOSICIÓN DE TRABAJADORES DE ATENCIÓN MÉDICA/ANÁLISIS DE SANGRE: En caso de que un trabajador de atención médica se exponga a mi sangre o fluidos corporales, acepto que se me practiquen análisis de laboratorio para evaluar el riesgo del trabajador de contraer hepatitis B, hepatitis C o VIH. Estos análisis no tendrán costo.

EFFECTOS PERSONALES: Entiendo que PSMC no será responsable por la pérdida o los daños de cualquiera de mis efectos personales.

ABANDONO DEL CENTRO EN CONTRA DEL CONSEJO MÉDICO: Si decido abandonar PSMC en contra o sin el consejo de mi médico, por este medio libero al médico, al centro de atención médica, a sus agentes y empleados, de toda responsabilidad por cualquier consecuencia adversa que pueda ocurrir.

CONSERVACIÓN DE MUESTRAS: Cuando corresponda, autorizo a PSMC a extraer, conservar, mantener y utilizar con fines científicos o docentes, o a desechar a su conveniencia, todas las muestras, tejidos, partes u órganos extraídos de mi cuerpo durante mi visita u hospitalización.

CONFIRMACIÓN: Confirmando que leí este formulario y que entiendo su contenido. Confirmando también que soy el paciente o la persona debidamente autorizada por el paciente o de otra forma (PSMC no es responsable de examinar los acuerdos de custodia) para firmar este acuerdo, dar mi consentimiento y aceptar sus condiciones. Con mi firma a continuación, confirmo que leí lo siguiente y soy consciente de que puedo solicitar copias de estos avisos en cualquier momento de forma presencial o en el [sitio web de PSMC](#). Entiendo también que PSMC participa en el intercambio electrónico de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) y por la presente autorizo la divulgación de mi historia clínica al HIE para contribuir a mi atención y según sea necesario para procesar las solicitudes relacionadas con mi atención.

1. Aviso de Prácticas de Privacidad
2. Derechos y responsabilidades de los pacientes
3. Directivas anticipadas
4. Comunicación de la facturación sin sorpresas
5. Atención hospitalaria con descuento
6. Formulario de disponibilidad del servicio

Nombre en imprenta del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ a. m./p. m.
Paciente o representante del paciente

Si no es el paciente:

Nombre en imprenta del representante del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Autorización para firmar _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____ a. m./p. m.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 8/24

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Información de Estudiante (a ser completada por el estudiante y los padres) en letra de imprenta legible

Nombre completo del estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Numero de teléfono: (____) _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.							
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?			9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?			11	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en ¿Tu pecho durante el ejercicio?			12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?						



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: / / Escuela: _____

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?			26	¿Te preocupa tu peso?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón? ¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?			27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?			28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No	29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?			Explique las respuestas afirmativas aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?						
19	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa? ¿En la zona de la ingle?						
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?						
21	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?						
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?						
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?						
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?						
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?						

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: _____ (impreso) Firma del estudiante-atleta: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Modificada de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

3

Revisado 8/24

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. (marque la casilla si está completa)

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
BP: / (/)	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/ Corregido: Sí No
MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica) 		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> Pupilas de los ojos iguales Oído 		
Ganglios linfáticos		
Corazón <ul style="list-style-type: none"> Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva) 		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo 		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso 		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: 05/08/2026

Dirección: 95 S Pagosa Blvd, Pagosa Springs, C) 81147 Teléfono: (970) 731-3700 Correo electrónico: N/A



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) impresa de manera legible

Nombre completo del estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: () _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: () _____ Teléfono del trabajo: () _____ Otro teléfono: () _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: () _____

- Medicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
Medicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: (use una hoja adicional, si es necesario)
Medicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:
No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: (utilizar hoja adicional, si es necesario)

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: / / 05/08/2026
Dirección: 95 S Pagosa Blvd, Pagosa Springs, C) 81147 Teléfono: () (970) 731-3700
Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

Anote cualquier historial médico que sea relevante para la participación en deportes competitivos. (explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)

- Alergias/Anafilaxia Asma Cardíaco/Corazón Conmoción cerebral Diabetes Enfermedad por calor Historial quirúrgico ortopédico
rasgo de células falciformes Salud mental N/A - No hay información médica relevante para divulgar

Medicamentos: (use una hoja adicional, si es necesario)

Explicar: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: ___/___/___ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.