

ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

la fecha de
nacimiento:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Esta es una evaluación para la participación en deportes. . No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.

Instrucciones para el deportista: Por favor, revisa todas las preguntas junto con tu padre/madre/tutor legal y contéstalas lo mejor posible de acuerdo a lo que sepas.

Instrucciones para los padres de familia: Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

Instrucciones para el médico: Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclarar todas las respuestas que tiene como respuesta "Si" o "No sé"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Si."	Sí	No	No sé
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación? <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Pantorrilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El deportista ha tenido: 1. Poco interés o placer en hacer las cosas; 2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado durante más de 2 semanas seguidas; 3. Se ha sentido mal acerca de sí mismo(a), que es un fracasado(a) o está defraudando a su familia; 4. Ha tenido pensamientos donde estaría mejor muerto o ha pensado hacerse daño a sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿El deportista ha tenido algún problema de salud desde su última evaluación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Si."	Sí	No	No sé
HISTORIA FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años [Incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés, accidente de coche,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ahogo]?			
25. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí":

Si necesita espacio adicional adjunte una hoja adicional

Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como padre de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del deportista: _____ Fecha: _____ N° telefónico: _____

*****Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia*****

Athlete's Name _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ BP _____ (% ile) / _____ (% ile) Pulse _____

Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N

Physical Examination (Below Must be Completed by Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

Optional Examination Elements – Should be done if history indicates

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

Clearance:

- A. Cleared
- B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____
- *** C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: _____)
- D. Not cleared for: Collision Contact
 Non-contact _____ Strenuous _____ Moderately strenuous _____ Non-strenuous

Due to: _____

Additional Recommendations/Rehab Instructions: _____

Name of Physician/Extender: _____

Signature of Physician/Extender _____ MD DO PA NP

(Signature and circle of designated degree required)

Date of exam: _____

Address: _____

Phone _____

Physician Office Stamp:

(*** The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.)

This form is approved by the North Carolina High School Athletic Association Sports Medicine Advisory Committee and the NCHSAA Board of Directors.
This form is current as of April 2016

- This page is blank -

Esta información se proporciona a usted por el Centro de Investigación de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI, Sociedad Médica de Carolina del Norte, Asociación de Entrenadores Atlético de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, Sociedad Neuropsicológica de Carolina del Norte y Asociación Atlética de las Escuelas Superiores de Carolina del Norte.

Declaración de Concusión de Estudiantes--Atletas y Padres/Tutores Legales

**Si hay algo en esta hoja que usted no entiende, por favor pida a un adulto le explique o se lo lea.*

Nombre del Estudiante-Atleta: _____

Este formulario debe ser completado por cada estudiante-atleta, incluso si son varios los estudiantes-atletas en cada hogar.

Nombre del Padre/Tutor Legal(es): _____

- Hemos leído la Hoja Informativa para el Estudiante-Atleta y Padres/Tutor Legal sobre Concusión Si es verdad, marque la casilla.

Después de haber leído la hoja informativa, estoy consciente de la siguiente información:

Iniciales del Estudiante-Atleta		Iniciales del Padre/Tutor Legal
	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser comunicada a mis padres, mi(s) entrenador(es) o médico profesional si hay uno disponible.	
	Una concusión puede afectar la habilidad de desempeñar actividades diarias tales como la capacidad de pensar, el equilibrio y desempeño en el salón de clases.	
	Una concusión no puede ser "vista." Algunos síntomas pueden presentarse inmediatamente. Otros síntomas pueden presentarse horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, entrenador y/o médico profesional acerca de mis lesiones y enfermedades.	No Aplica
	Si yo pienso que un compañero de equipo tiene una concusión, debo decirle a mi(s) entrenador(es), padres o médico profesional acerca de la concusión.	No Aplica
	No volveré al juego o a las prácticas si un golpe a mi cabeza o cuerpo ocasiona cualquier síntoma relacionado con concusión.	No Aplica
	Voy a necesitar/mi hijo necesitará permiso escrito de un médico profesional entrenador en el manejo de concusiones para volver al juego o a las prácticas después de una concusión.	
	Basados en la última información, la mayoría de las concusiones toman días a semanas para mejorar. Una concusión puede no desaparecer inmediatamente. Me doy cuenta que la recuperación de esta lesión es un proceso y puede requerir más de una evaluación médica.	
	Me doy cuenta que los médicos de Emergencias/Cuidados Urgentes no proporcionarán autorización médica si soy evaluado justo después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Yo entiendo /mi hijo entiende que es más probable padecer otra concusión o lesión cerebral mas severa si regreso a jugar o practicar antes de que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	En ocasiones, concusiones repetidas pueden causar problemas serios y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión en la Hoja Informativa de Concusión.	

Firma del Estudiante-Atleta

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

CONCUSION

INFORMACION PARA ESTUDIANTES-ATLETAS Y PADRES/TUTORES LEGALES

¿Qué es una concusión? Una concusión es una lesión al cerebro causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Y como resultado hace que el cerebro no funcione como debería. Puede o no hacer que usted vea todo obscuro o se desmaye. Puede pasarle a usted por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe al cuerpo que ocasiona que su cabeza y su cerebro se muevan rápido hacia atrás y adelante.

¿Cómo puedo saber si tengo una concusión? Hay muchos indicios y síntomas que usted puede tener después de una concusión y que pueden afectar su manera de pensar, lo que siente, su estado de ánimo, capacidades físicas o el sueño. Esto es lo que debe buscar:

Pensamiento/Memoria	Físico	Emocional/Animo	Sueño
Dificultad para pensar con claridad	Dolor de cabeza	Irritabilidad-todo molesta con facilidad	Dormir más de lo habitual
Tomarse mas tiempo para entender las cosas	Visión confusa o borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo habitual
Dificultad para concentrarse	Sentirse mal del estómago/mareado	Sentirse más temperamental	Dificultad para quedarse dormido
Dificultad para recordar información nueva	Vómito, devolver el estomago	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado
	Mareo	Llorar mas	
	Problemas de Equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o luz		

La tabla está adaptada del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si usted tiene algunos de los indicios o síntomas antes mencionados, debe decirle a sus padres, entrenador, preparador físico o enfermera de la escuela para que le den la ayuda que necesita. Si el padre observa estos síntomas, debe informar a la enfermera de la escuela o al preparador físico.

¿Cuándo debería estar particularmente preocupado? Si tiene un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, usted no puede controlar su cuerpo, vomita en repetidas ocasiones y se siente más y más enfermo del estómago, o sus palabras se escuchan chistosas o como balbuceos, usted debe informar a un adulto, ya sea un padre, entrenador o maestro inmediatamente, para que le den la ayuda que usted necesita antes de que empeore.

¿Cuáles son algunas de las cuestiones que me pueden afectar después de una concusión? Puede tener problemas en algunas de las clases de la escuela y con las actividades de casa. Si usted sigue jugando o regresa a jugar muy pronto con una concusión, es posible que tenga problemas a largo plazo para recordar cosas, o poner atención, los dolores de cabeza pueden durar mas tiempo o pueden ocurrir cambios en la personalidad. Ya que tuvo una concusión, es posible que sea más propenso a tener otra concusión.

¿Cómo puedo saber cuándo está bien volver a la actividad física y mi deporte después de una concusión? Después de informar al entrenador, padres y cualquier personal médico alrededor de usted que piensa que tiene una concusión, es posible que sea visto por un médico capacitado en ayudar a personas con concusiones. La escuela y los padres pueden ayudar a decidir quién es el mejor para darle tratamiento y ayudar a tomar la decisión de cuándo debe volver a la actividad/juego o práctica. Su escuela debe tener una política establecida sobre cómo tratar concusiones. Usted no debe volver a jugar o practicar en el mismo día en que se sospecha ocurrió la concusión.

Usted no debe tener ningún síntoma en el reposo o durante/después de la actividad cuando regresa a jugar, pues esta es una señal de que su cerebro no se ha recuperado de la lesión.

PARENT CONSENT FOR EXAMINATION & TREATMENT

(This must be completed yearly in order for your child to participate in sports for Swain County)

One MUST be filled out on EACH Athlete

Athlete Name _____ Date of birth _____ Age _____

School _____ Grade (in upcoming Fall semester) _____

Parent/Guardian Name _____

Home Address _____

Home Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____

Work Phone (____) _____ Other Phone (____) _____

Insurance Information _____

Policy # _____

Emergency Contact Person _____ Phone (____) _____

Family Physician _____ Phone (____) _____

PRE-SCREENING PHYSICAL (if my child when through the "free sports physical" for Swain County): I hereby give my informed consent for the participating physician(s) to perform a pre-participation screen physical examination on my child. I realize that this is only a screening examination and does not take the place of a complete examination. During a screening, the physician is not responsible for any ongoing medical care or treatment of any injuries that occur on the day of the examination or subsequently. My child has no known serious medical conditions that would prevent him/her from participating in sports that I am aware of. I agree to follow up with my local physician if anything preventing participation is found by the screening.

EMERGENCY TREATMENT: In the event of a medical emergency, every attempt to notify the parent or guardian will be made. However, if you cannot be reached, we ask that you grant permission for your child to be treated for a medical emergency by a licensed physician, certified athletic trainer or any other person trained in emergency care. In the event that I cannot be reached, I grant permission to the SWAIN COUNTY SCHOOLS / CAROLINA WEST / HARRIS REGIONAL HOSPITAL OTHOPEDIC & SPORTS MEDICINE to provide emergency medical treatment to my son or daughter (named above) by a licensed medical physician.

PRACTICE / GAME INJURY CLINIC TREATMENT CONSENT: Local, licensed physicians will be serving as our team physicians when possible. We ask that you sign and give permission to these physicians to treat your son or daughter for any sports related injury. I understand that no surgical procedures will be performed without my further consent.

Please Turn over and
read/sign the back of form.
Thank You!

ATHLETIC TRAINING SERVICES CONSENT: Nationally certified and stated licensed athletic trainers will be providing prevention and care of athletic injuries to the Swain County Schools student athletes. The prevention of athletic injuries may include the taping, wrapping, padding or bracing of involved / injured areas. The treatment and care of athletic injuries may include, but not limited to (if available) the use of therapeutic modalities. Some possible modalities available for use by the athletic trainers may include (if available to the athletic trainer): Kinesio taping, ice, moist heat pack, therapeutic ultrasound, cold laser therapy, and electrical stimulation, etc... In the event of a possible concussion the athletic trainer will need to do extensive testing which could include, but not limited to ImPACT, SCAT, BESS, etc... By signing below you give permission to the certified athletic trainer to provide athletic training services to provide care, use modalities if available (listed above), and treatment for any sports related injury.

ATHLETIC TRAINING CONSENT: During an injury the certified athletic trainer will do everything they can to quickly inform you of any sports related injury and the care that will be needed. However, the environment in which the athletic trainer works in is one that is very different then the controlled environment of a hospital or clinic/office, so if your child gets injured during a game or practice and you (as the parent/guardian) want to know about your child's injury you need to be aware that there are often other people that are around in the area that can overhear what the athletic trainer is saying. If you want a more controlled setting for the athletic trainer to talk with you without other people around to hear the medical information regarding your child's injury (as the parent/guardian) you will need to make this request known to the athletic trainer prior to the athletic trainer informing you of the injury. If you allow the athletic trainer to inform you regarding your child's injury in an uncontrolled environment, with other people around that could overhear the conversation – if you allow this then you are releasing the athletic trainer from ALL HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) accounts and cannot hold the athletic trainer accountable for other people overhearing medical information regarding your child's injury.

Also because the athletic trainer works diligently with your child's coach(es) and in order to provide the best care for your child, the athletic trainer will need to inform your child's coach(es) of certain information; in order for your child's coach and the athletic trainer to know how to best work with your child's sport and injury. The athletic trainer will keep your child's information told to a coach(es) to the most minimum amount possible; however, information that could be told to a coach(es) could include, but not limited to: they area of injury, the type of injury, the extent of injury, if there is/was possible surgery involve, if there is/was physical therapy involvement, when your child has/had an appointment with a doctor, dates for scheduled test(s)/exams(s) (ie: MRI/CT/ect...) the possible length of time your child could be out or limited for practice(s) and/or games/ and/or over if the injury could affect your child's next sports seasons. The overall extent of the injury, etc... is the type of information that may need to be made known to your child's coach(es). By signing below you are aware this type of information will need to be shared with your child's coach(es) and you are releasing the athletic trainer from HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) accounts by giving your permission for the athletic trainer to share the needed information to your child's coach(es).

I have fully read and consent to all the above. I have had all my questions answered to my fullest satisfaction, and I fully understand, and agree with the information above. By signing below (1) I am giving my full permission/consent to the information above and (2) release Swain County's ATHLETIC TRAINER / SWAIN COUNTY SCHOOLS / CAROLINA WEST/HARRIS REGIONAL HOSPITAL OTHOPEDIC & SPORTS MEDICINE regarding the information stated above.

Parent / Guardian Signature

Date

Parent / Guardian PRINT name