

Escuela que Asiste: \_\_\_\_\_  
 Deporte Deseado: \_\_\_\_\_  
 Nivel Deseado: Modified Freshman JV Varsity

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
 Atletismo Interescolar  
 Formulario de Pre-Participación



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Trabajo Celular  
 Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Casa Trabajo Celular  
 Dirección & Código Postal: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrada al Grado 9: \_\_\_\_\_

**Completado por el Padre/Tutor:** Responda a las siguientes preguntas completa y correctamente, a lo mejor de su conocimiento.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sí                       | No                       |                                                                                                                                                                       | Sí                       | No                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez un médico negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alguna preocupación médica en curso? En caso afirmativo, identificar: <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alergias-peligrosas <input type="checkbox"/> otra: _____                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requiere rayos X, exploración MRI, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por sobrecarga/uso repetido?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez ha desmayado o casi desmayado durante o después de ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿Usa usted con regularidad un aparato ortopédico, ortopédicos, u otro dispositivo de asistencia?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. ¿Tiene algún hueso, músculo o articulación que le molesta actualmente?                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se acelera o salta latidos su corazón (latidos irregulares) durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Tose, tiene sibilancias/wheeze, o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene algún problema del corazón? En caso afirmativo, determinar: <input type="checkbox"/> alta presión arterial <input type="checkbox"/> alto colesterol <input type="checkbox"/> infección cardíaca <input type="checkbox"/> soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> otro: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o medicamento para el asma?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para del corazón (es decir, ECG/EKG, ecocardiograma)?                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. ¿Nació sin o ¿le falta un riñón, un ojo, un testículo, bazo, o cualquier otro órgano?                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Siente usted mareos o falta de aliento insoportable durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) durante el pasado mes?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene miembros de la familia o parientes que han muerto a causa de problemas cardíacos o tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de la edad 40?                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. ¿Tiene usted actualmente erupciones cutáneas (rashes), úlceras, u otros problemas de la piel?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguien en su familia tiene algún problema del corazón?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. ¿Ha tenido alguna vez una infección de MRSA en la piel?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 25. ¿Alguna vez ha tenido un traumatismo craneal o concusión cerebral?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 26. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o golpe en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 27. ¿Tiene antecedentes (historial) de trastorno convulsivo?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 28. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 29. ¿Alguna vez ha enfermado después de ejercicio en el calor?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 30. ¿Sufre calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 31. ¿Tiene la enfermedad de células falciformes?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 32. ¿Ha tenido algún problema con su visión o audición?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          | 33. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Esto certifica que, con los siguientes requisitos, el estudiante está capacitado para participar en actividades deportivas interescolares.*

**Completado por la Enfermera de la Escuela:**

**Requisitos:**

- lentes, lentes de contacto o gafas de protección  epi-pen  
 inhalador para el asma  suministros para la diabetes  
 otros requisitos médicos: \_\_\_\_\_

recetas actuales & medicamentos sin receta: \_\_\_\_\_

<b>Enfermera Firma:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Director Atlético Firma:</b>		<b>Fecha:</b>	

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Fecha del Último Examen Físico: \_\_\_\_\_

Solo Mujeres:

¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? Sí No  
 En caso afirmativo, ¿a qué edad comienzan a menstruar? \_\_\_\_\_

**Explique respuestas afirmativas abajo:** \_\_\_\_\_

Por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas, y, por lo tanto, \_\_\_\_\_, no tengo ninguna razón para no permitir \_\_\_\_\_ de la participación en actividades deportivas interescolares.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_