

# Distrito Escolar Unificado de Santa Ana

## ATLETISMO MEDICADE DETECCIÓN FORMA

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género (marque) masc./fem.

No. de identificación del alumno/a # \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Deporte/s: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE SALUD: PARA SER LLENADO POR ALUMNO/A-ATLETA Y PADRES ANTES DE LA EVALUACIÓN DE EXAMEN MÉDICO.

Lesión craneal, contusión, pérdida de memoria, inconsciencia, dolores de cabeza persistentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastornos de los huesos/articulaciones (fractura, dislocaciones, hinchazón, enfermedad, cirugía, artritis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia, leucemia, trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de riñón/vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas oculares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Úlceras, problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos, soplos cardíacos, presión arterial alta, fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma, tuberculosis, bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Úlceras, problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias (a alimentos, medicamentos, insectos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataques, mareos, desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes, hepatitis, ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hernia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Toma medicamentos con regularidad (si sí, indique el medicamento, la dosis y la frecuencia abajo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
COVID19 (En caso afirmativo, llene la segunda página)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**En caso afirmativo, proporcione detalles:**

### EVALUACIÓN DE EXAMEN MÉDICO: DEBE SER COMPLETADO POR SU MÉDICO Y CON FECHA POSTERIOR A MAYO 1º DEL AÑO ESCOLAR ACTUAL.

<input type="checkbox"/> AUTORIZADO PARA PARTICIPACIÓN PLENA	<input type="checkbox"/> NO AUTORIZADO PARA PARTICIPACIÓN: SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ESPECIALISTA/SEGUIMIENTO					
RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES DEL MÉDICO:						
BP	HR	HT	WT	TABLA DE VISIÓN: R L	ANTEOJOS/PUPILENTES	BRACKETS/DIENTES
HEENT	Corazón	Pulmones	ABDOMEN	HERNIA	ESPALDA	EXTREMIDADES
NÚMERO DE TELÉFONO DEL DR. ( )			NOMBRE DEL DR. (LETRA DE MOLDE)		SELLO DEL DR.	
FECHA			FIRMA DEL DR.			

### CONSENTIMIENTO, RECONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PADRE/MADRE

**CONSENTIMIENTO:** Al firmar a continuación, por la presente doy mi permiso para una evaluación de detección.

**RECONOCIMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento para que [alumno/a nombrado/a arriba], en adelante alumno/a, compita en atletismo. Autorizo al alumno/a para ir y estar bajo la supervisión de un representante escolar en cualquier viaje. En caso de que este/a alumno/a se enferme o se lesione, están autorizados para que el alumno/a sea tratado/a y yo autoricé a la agencia médica a brindar el tratamiento. Doy mi consentimiento a cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y debe ser prestada bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica sobre el personal médico de cualquier hospital acreditado, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en la oficina de dicho médico o dicho hospital se entienda que esta autorización se da antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento u hospital específico, pero se otorga para proporcionar autoridad y poder por parte del representante escolar para dar consentimiento específico a todos y cada uno de los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor juicio lo considere conveniente. Esta autorización permanecerá vigente hasta el final del año escolar, a menos que antes se revoque por escrito y se entregue a la escuela.

Firma del padre/madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar Unificado de Santa Ana

## Autorización atlética posterior al COVID-19

El Distrito Escolar Unificado de Santa Ana requiere que cualquier alumno-atleta que dé positivo por COVID-19, no regrese a las actividades deportivas hasta que este formulario sea completado por un proveedor de atención médica autorizado (*MD, DO, PA, enfermero/a practicante*).

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Núm. de identificación del alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba positiva: \_\_\_\_\_

### **ESTE REGRESO A JUGAR SE BASA EN LA EVALUACIÓN DE HOY**

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

#### **Criterios para regresar (marque abajo según corresponda)**

Han pasado 10 días desde que los síntomas aparecieron por primera vez y los síntomas se han resuelto (sin fiebre ( $\geq 100.4F$ ) durante 24 horas sin medicamento para reducir la fiebre), mejoría de los síntomas (tos, dificultad para respirar) O estuvo asintomático durante 10 días después de la prueba positiva

El/La atleta no fue hospitalizado/a debido a infección de COVID-19

Prueba cardíaca negativa para miocarditis/isquemia miocárdica

Dolor/opresión en el pecho con el ejercicio Sí  NO

Síncope inexplicable/casi síncope Sí  NO

Disnea/fatiga inexplicable/excesiva con esfuerzo SI  NO

Nuevas palpitaciones Sí  NO

Soplo cardíaco en el examen Sí  NO

El/La alumno/a tiene autorización médica para participar en atletismo sin restricciones

El/La alumno/a tiene autorización médica para participar en atletismo con las siguientes restricciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El alumno/a NO tiene autorización para participar en atletismo. Se requiere seguimiento con un cardiólogo.

Firma del examinador: \_\_\_\_\_

**Sello de la oficina**

Nombre del examinador en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_