

# DEBE DE SER COMPLETO, FIRMADO Y ENTREGADO ANTES DE LA PRIMERA PRÁCTICA

## DISTRITO ESCOLAR DE SOUTH SIOUX CITY FORMA DE EXAMEN DE SALUD ATLETICA

La examinación de salud para un atleta debe ser sometida al superintendente o director una vez cada año antes de ser permitido a un atleta el practicar o completar cualquier actividad atlética patrocinado por la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska certificando que el atleta ha sido examinado y está en buen estado físico para participar en actividades atléticas durante el año escolar actual. El requerimiento de que el examen físico sea tomado una vez cada año significa que la examinación debe ser dada durante el año escolar en el que el estudiante participa o durante las vacaciones de verano (el 1ero de Mayo o después) que preceden el año escolar en el que el estudiante participa.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_  
Enfermedades o Lesiones Significantes del Pasado \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión Sanguínea \_\_\_\_\_  
Ojos \_\_\_\_\_ R 20/ \_\_\_\_\_ ; L 20/ \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Escuchar R \_\_\_\_\_ /15; L \_\_\_\_\_ /15  
Respiratorio \_\_\_\_\_ Musculoesqueléticos \_\_\_\_\_  
Cardiovascular \_\_\_\_\_ Neurológico \_\_\_\_\_  
Hígado \_\_\_\_\_ Bazo \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_  
Piel \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
Laboratorio: Examen de Orina \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Comentarios: \_\_\_\_\_  
Vacunas Completas: Polio (fecha) \_\_\_\_\_ Tétanos (fecha) \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

“Yo certifico que soy calificado para conducir todas las fases de la examinación de salud del estudiante nombrado en la parte de arriba. También certifico que he examinado en esta fecha al estudiante, requerido por las autoridades escolares y se me ha provisto la historia médica del estudiante, no he encontrado motivo que recomiende no aconsejable el estudiante participe en actividades atléticas, EXCEPTO LOS MARCADOS EN LA PARTE DE ABAJO.”

BEISBOL	FOOTBALL	FIELD HOCKEY	CAMPO ATRAVES	BALONCESTO
HOCKEY	GOLF	GIMNACIA	REMO	SKATING
SKIING	FUTBOL	SOFTBALL	SPEEDBALL	NATACION
TENIS	ATLETISMO	VOLIBOLL	*LUCHA	
OTROS _____		*	Nivel Deseado de Peso Estimado _____	libras

Fecha de Examinación \_\_\_\_\_

Firma del Examinación \_\_\_\_\_

Dirección del Medico haciendo la Examinación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### PARTICIPACION ESTUDIANTIL Y FORMA DE APROBACION DE LOS PADRES

Esta aplicación para completar en actividades atléticas inter escolares para la preparatoria ya mencionada es enteramente voluntario de mi parte y está hecha con el entendimiento que no he violado ninguna regla de elegibilidad y regulaciones de la Asociación Estatal.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

“Yo he dado mi consentimiento al estudiante nombrado en la parte de arriba (1) de representar a su escuela en actividades atléticas, excepto aquellos cruzados en la forma por el médico, previendo que tal actividad este aprobada por la Asociación Estatal; (2) a acompañar a cualquier equipo escolar del cual él sea miembro en cualquiera de sus viajes locales y fuera del pueblo. Entiendo que he seleccionado el medico que examino al estudiante y asumo completa responsabilidad por la selección de tal médico. Autorizo a la escuela de obtener, a través de un médico de su opción, cualquier cuidado de emergencia médica que pueda ser razonablemente necesario por el estudiante en el curso de tal actividad atlética o tal viaje. También estoy de acuerdo en no hacer responsable a la escuela o a cualquier persona que actúe en representación de esta responsable de cualquier lesión ocurrida al estudiante ya nombrado en el curso de tal actividad o tal viaje.”

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

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

# DEBE DE SER COMPLETO, FIRMADO Y ENTREGADO ANTES DE LA PRIMERA PRÁCTICA

## CUESTIONARIO PARA DEPORTISTAS CANDIDATOS (Debe ser complete por los padres o médico familiar)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección del Hogar \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Nombre de los Padres \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| 1. Historia de diabetes en la familia   | Sí       | No       |
| 2. Historia de epilepsia u otros desordenes de ataques                                      | Sí       | No       |
| 3. Ha tenido lesiones que hayan requerido atención medica                                   | Sí       | No       |
| 4. Ha tenido enfermedades que duren más de una semana                                       | Si       | No       |
| 5. Esta bajo cuidado médico al momento  | Si       | No       |
| 6. Toma medicamento al momento  | Si       | No       |
| 7. Usa lentes o<br>Lentes de Contacto   | Si<br>Sí | No<br>No |
| 8. Ha tenido operaciones quirúrgicas  | Sí       | No       |
| 9. Ha estado hospitalizado (excepto por sacar las anginas)                                  | Sí       | No       |
| 10. ¿Sabe de alguna razón por la que el individuo no deba participar en todos los deportes? | Sí       | No       |

POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA "SI" A LAS PREGUNTAS DE ARRIBA:

- 
- 
- |  |    |    |
|--|----|----|
| 11. Está al corriente con vacunas de poliomielitis por<br>Inoculación (Salk) o vacuna oral (Sabin) | Sí | No |
| 12. Fecha de vacuna más reciente de tétano o<br>¿Fue vacuna de refuerzo?                           | Sí | No |
| 13. ¿Ha visto al dentista en los últimos 6 meses?  | Sí | No |

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Medico**

Examinación de Laboratorio: Examen de orina, examen de hemoglobina, examen de tuberculosis, y rayos- x de pecho son recomendado componente de la evaluación médica. Otros exámenes serán indicados en algunos casos. Unos rayos-x de pecho reciente son recomendados en base a su revisión con posible ventaja de posible detección de problemas cardiacos al igual que enfermedades pulmonares.

Vacunación: Todos los atletas deben de ser protegidos adecuadamente por vacunaciones como recomendado localmente, especialmente contra el tétano y la polio.

Forma de Examinación de Salud: Lo siguiente sugiere la Forma de Examinación de Salud está compuesto de observaciones médicas consideradas importantes en la evaluación de conveniencia de la participación individual atlética.

Por favor indique uno de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Nuestro hijo está cubierto por el seguro de salud \_\_\_\_\_  
O

\_\_\_\_\_ Nosotros compraremos el seguro de salud necesario provisto por la escuela para cubrir a nuestro hijo.

\_\_\_\_\_  
**Firma de los Padres/Tutores**

**POR FAVOR FIRME**

**VOLTEAR**