

Ejemplo de antecedentes médicos de intervalo del NYSED recomendado para deportes –
Formulario de dos páginas - Se deben completar ambas páginas.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela:	Edad:
Grado (marque): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	Nivel (marque): <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity
Deporte:	Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha del último examen de salud:	Fecha en que se completó el formulario:

Los antecedentes médicos deben ser completados por el padre/madre/tutor, brinde detalles al reverso sobre cualquier respuesta afirmativa.
Los medicamentos necesarios durante el entrenamiento y/o en un evento deportivo requieren la documentación apropiada, comuníquese con la escuela si tiene preguntas.

Su hijo tiene/ha tenido:		
Problemas de salud en general	No	Si
1. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le restringió participar en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene una afección médica actualmente? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Anemia falciforme o trazas <input type="checkbox"/> Otro		
3. ¿Ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han diagnosticado mononucleosis infecciosa en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene solo un riñón funcional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene algún trastorno de sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene algún problema con su audición o usa audífonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene algún problema de visión o tiene visión solo en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias		
11. ¿Tiene alguna alergia potencialmente mortal? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Picadura de insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro		
12. ¿Lleva consigo un auto inyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud respiratoria		
13. ¿Alguna vez se ha quejado de sentirse más cansado o tiene mayor dificultad para respirar que sus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene silbidos en el pecho o tose con frecuencia durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Usa o lleva consigo un inhalador o nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su hijo tiene/ha tenido:		
Antecedentes de conmoción cerebral/herida en la cabeza	No	Si
17. ¿Alguna vez recibió un golpe en la cabeza que le provocó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez ha tenido una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez ha tenido dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Recibe actualmente tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivos/Adaptaciones		
22. ¿Utiliza un aparato ortopédico, ortesis u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)? En caso afirmativo, puede que sea necesario completar otro formulario obligatorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Usa gafas protectoras o una careta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares		
25. ¿Tiene algún familiar al que se le haya diagnosticado una afección cardíaca, como un soplo, ha presentado miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecha, síndrome de QT largo o QT corto o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo mujeres		
26. ¿Comenzó a tener su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Edad en que comenzó la menstruación:		
28. ¿Tiene menstruaciones regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fecha de la última menstruación:		
Solo hombres		
30. ¿Tiene solo un testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Tiene dolor, protuberancia o hernia en la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante:

Nombre de la escuela:

Fecha de nacimiento:

Su hijo tiene/ha tenido:		
La salud del corazón	No	Si
32. ¿Alguna vez se desmayó durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Alguna vez se ha quejado de aturdimiento leve o mareos durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Alguna vez se ha quejado de dolor, tensión o presión en el pecho durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Alguna vez se ha quejado de aleteo en el pecho, saltarse los latidos o latidos acelerados, o tiene un marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le hizo una prueba de corazón (ECG, prueba de esfuerzo con ecocardiograma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene un problema o enfermedad cardíaca? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de lesiones	No	Si
38. ¿Alguna vez le han diagnosticado una fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su hijo tiene/ha tenido:		
Antecedentes de lesiones continuación	No	Si
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos y las piernas, o ha sentido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de ser golpeado o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, dolor o inflamación de articulaciones que provocaron que faltara a un entrenamiento o partido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Las articulaciones se han vuelto dolorosas, inflamadas, están calientes o enrojecidas al moverse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud de la piel	No	Si
43. ¿Actualmente tiene sarpullido, úlceras de decúbito u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o SAMR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud estomacal	No	Si
45. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en un clima caluroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertos alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tiene que preocuparse por su peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ¿Tiene problemas estomacales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de COVID-19	No	Sí
50. ¿Alguna vez su hijo ha obtenido un resultado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. ¿Su hijo tuvo síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ¿Su hijo consultó a un proveedor de atención médica (HCP) debido a sus síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ¿Su hijo tuvo algún síntoma cardíaco (nuevos síntomas de ritmo cardíaco rápido o lento, opresión o dolor en el pecho, cambios en la presión arterial o una afección cardíaca diagnosticada por el HCP)? En caso afirmativo, proporcione información adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ¿Su hijo fue hospitalizado? En caso afirmativo, proporcione la(s) fecha(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿le diagnosticaron a su hijo síndrome inflamatorio multisistémico (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿está su hijo bajo el cuidado de un HCP por esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique completamente cualquier pregunta a la que haya respondido afirmativamente en el espacio a continuación, incluya las fechas si las conoce. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____