

Muestra del Historial de salud intermedio para atletismo recomendado por NYSED

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela:		Edad:
Grado (marque una opción): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		Limitaciones: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
Deporte:		Fecha del último examen de salud:
Nivel deportivo: <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Principiante <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Primera		Fecha en que se completó el formulario:
El padre, la madre/el tutor DEBE completarlo y firmarlo - Proporcione detalles para cualquier respuesta AFIRMATIVA en la última página.		

¿SU HIJO/A		
SALUD GENERAL	NO	SÍ
alguna vez tuvo una indicación de un proveedor de atención médica que le restringió la práctica de deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo que realizarse una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez pasó la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recibió un diagnóstico de mononucleosis en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene solo un riñón que funciona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un trastorno hemorrágico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene problemas de audición o sordera congénita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene problemas de visión o solo tiene visión en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene una afección médica crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfermedad o portador del rasgo de células falciformes <input type="checkbox"/> Otro:		
es alérgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan		
<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro:		
alguna vez tuvo una reacción anafiláctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un autoinyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿SU HIJO/A		
HISTORIAL DE LESIÓN CEREBRAL/TRAUMATISMO DE CRÁNEO	NO	SÍ
alguna vez tuvo un golpe en la cabeza que le causó dolores de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le indicaron que tenía una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recibe tratamiento por un trastorno convulsivo o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo dolores de cabeza cuando realiza ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRACIÓN	NO	SÍ
alguna vez se quejó de cansarse en extremo o de que le faltara el aire al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa o tiene un inhalador o un nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene respiración sibilante o tose con frecuencia cuando hace ejercicio después de hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene asma o asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS/ADAPTACIONES	NO	SÍ
usa un protector, una órtesis u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa protectores para la vista, como antiparras o una máscara facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usa un audífono o tiene un implante coclear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe al entrenador/enfermero escolar si usa algún dispositivo. No es necesario en el caso de lentes de contacto o anteojos.		

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
------------------------	--	----------------------	--

¿SU HIJO/A		
SALUD DIGESTIVA (GI)	NO	SÍ
tiene problemas estomacales o gastrointestinales de otro tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
necesita una dieta especial o tiene que evitar determinados alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna inquietud acerca del peso de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES	NO	SÍ
alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas o ha tenido cosquilleos, adormecimiento o debilidad después de recibir un golpe o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo una lesión, dolor o inflamación de una articulación que hizo que tuviera que faltar a las prácticas o a un partido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene un hueso, músculo o articulación que le cause molestias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene articulaciones que duelen, se inflaman, se sienten calientes o se enrojecen con el uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez recibió un diagnóstico de fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DEL CORAZÓN	NO	SÍ
alguna vez se quejó de:		
alguna vez se realizó una prueba cardíaca (por ej., ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo) con un proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigo, mareos, durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor, opresión o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aleteos en el pecho, palpitaciones, corazón acelerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿SU HIJO/A		
alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene o tenía un problema cardíaco o en los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Opresión o dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Infección cardíaca	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	
<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco lento o rápido reciente		
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki		
<input type="checkbox"/> tiene implantado un desfibrilador cardíaco (ICD, por sus siglas en inglés)?		
<input type="checkbox"/> tiene un marcapasos?		
<input type="checkbox"/> Otro:		
SOLO PARA SEXO FEMENINO	NO	SÍ
tiene períodos regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PARA SEXO MASCULINO	NO	SÍ
tiene un solo testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiene dolor en la ingle, un bulto o una hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DE LA PIEL	NO	SÍ
en este momento tiene algún sarpullido, llagas por presión u otros problemas de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alguna vez tuvo herpes o una infección de piel con Estafilococo Aureus resistente a la Meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19		
¿Su hijo/a alguna vez ha tenido un resultado positivo de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso NEGATIVO, DETÉNGASE . Pase al Historial familiar de salud del corazón. En caso AFIRMATIVO , responda las siguientes preguntas:		
Fecha de la prueba de COVID positiva:		
¿Su hijo/a tuvo síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a vio a un proveedor de atención médica por los síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tuvo que ser hospitalizado/a por COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

