

CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ATLETICAS Y RECIBIR CUIDADO MEDICO SI FUERA NECESASRIO

(Este Consentimiento debe ser completado por el Estudiante-Aleta y sus padres o guardianes.)

**Información del Estudiante-Aleta**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ SN \_\_\_\_\_

Sexo: [ ] Varón [ ] Hembra Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicaciones \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de la Póliza \_\_\_\_\_

Número del Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono del Seguro \_\_\_\_\_

**Información del Contacto en Caso de Emergencia**

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_

(Código Postal) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular de la Madre o Guardian \_\_\_\_\_

Celular del Padre o Guardian \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre o Guardian \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Otra Persona Contacto \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Consentimiento Legal de los Padres o Guardianes**

Yo/Nosotros damos nuestro consentimiento para que (nombre del Estudiante-Aleta) \_\_\_\_\_ pueda representar (nombre de la escuela) \_\_\_\_\_ en deportes y que yo/nosotros entendemos que esa actividad lleva la posibilidad de sufrir lesiones. Yo/Nosotros sabemos que aún con el mejor entrenamiento, los mejores artículos deportivos, y la observación estricta de las reglas, es posible sufrir lesiones. **En algunas ocasiones, estas lesiones son severas y pueden resueltar en incapacidad, parálisis, y hasta la muerte. Yo/Nosotros damos permiso a la escuela y a TSSAA, sus médicos, entrenadores atléticos, y/o técnicos médicos de emergencias a dar ayuda, tratamiento, cuidado médico o quirúrgico considerados necesarios para la salud y bienestar del Estudiante-Aleta nombrado arriba durante o como resultado de su participación en los deportes.** Al firmar este consentimiento, el Estudiante-Aleta nombrado arriba y sus padres/guardianes consienten a que los profesionales de la salud conduzcan un chequeo, examinación, y pruebas del Estudiante-Aleta durante la examinación pre-participatoria y a obtener la historia médica. Entendemos que los profesionales de la salud que conduzcan estas pruebas y evaluaciones van a anotar los resultados y observaciones en los formularios y records que acompañan este documento. Como padre o guardian , **yo/nosotros entendemos que somos totalmente responsables por cualquier asunto legal que pueda resultar de las acciones personales del Estudiante-Aleta nombrado arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante-Aleta

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción)  Sí  No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción):  Sí  No Si la respuesta es sí, usted recibió:  Una dosis  Dos dosis

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

#### Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufrir alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufrir dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

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