

**DEPARTAMENTO ATLÉTICO DEL DISTRITO ESCOLAR DE KENT
HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO DE PRE-PARTICIPACIÓN**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del examen: _____ Grado: (2022-2023)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Deporte: _____ Número de identificación KSD: _____

NOTA DEL EXAMINADOR: Este examen es para la participación de **nivel de secundaria** (grados 7 - 8).

Este examen es para la participación de **nivel superior** (grados 9 - 12).

Atleta y Padre/Madre/Tutor: Por favor, revise todas las preguntas y respóndalas lo mejor que pueda.

Médico/Physician: Please review with the athlete details of any positive answers.

HISTORY

- | | Sí | No | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna enfermedad/lesión recientemente o tiene una enfermedad/lesión ahora? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido un problema médico, enfermedad o lesión desde su último examen? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad crónica o recurrente? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad que dure más de una semana? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido hospitalizado durante la noche? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha sometido a alguna cirugía que no sea la amigdalectomía? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna lesión que requiera tratamiento por parte de un médico? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le falta algún órgano que no sean las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma actualmente ALGÚN medicamento (incluyendo píldora anticonceptiva, vitamina, aspirina, etc.)? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene ALGUNA alergia (medicamentos, abejas, alimentos u otros factores)? |
| 4. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido un dolor en el pecho, mareos, desmayos, desmayos durante o después del ejercicio? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te cansas más fácil rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido algún problema con su presión arterial o su corazón? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas cardíacos, ataque cardíaco o muerte súbita antes de los 50 años? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene algún problema en la piel (acné, picazón, erupciones cutáneas, etc.)? |
| 6. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido desmayos, convulsiones, crisis convulsivas o mareos intensos? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene dolores de cabeza intensos frecuentes? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido un "ardor" o "quemazón" o "nervio punzante"? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Lo han dejado sin sentido o a perdido el conocimiento? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en el cuello, una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido agotamiento por calor, golpe de calor, calambres por calor o problemas similares relacionados con el calor? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido asma, dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio? |
| 9. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa anteojos, lentes de contacto o gafas protectoras? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa algún aparato dental como aparatos ortopédicos, puente, placa o retenedor? |
| 11. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la rodilla? ¿Ha tenido una lesión en el tobillo? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez se ha lesionado alguna otra articulación (hombro, muñeca, dedos, etc.)? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido un hueso roto (fractura)? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido un yeso, una férula o ha tenido que usar muletas? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Debe utilizar equipo especial para la competición (almohadillas, abrazaderas, rodillo para cuello, etc.)? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han pasado más de 5 años desde su última vacuna de refuerzo contra el tétanos? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está preocupado/a por su peso? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUJERES: ¿Ha tenido algún problema menstrual? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna preocupación médica sobre la participación en su deporte? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

*****EL ATLETA NO DEBE ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LINEA*****

EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "SÍ/YES" ANSWERS (refer to questions number):

KENT SCHOOL DISTRICT ATHLETIC DEPARTMENT

STUDENT NAME: _____

EXPIRATION DATE:
(SCHOOL USE ONLY)



PHYSICAL EXAMINATION

Age: _____ Weight: _____ Pulse: _____ Blood Pressure: _____

Height: _____ Visual Acuity: Left 20/_____

Right 20/_____

Normal

Abnormal

- | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Head | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. | Eyes (pupils), ENT | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. | Teeth | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. | Chest | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. | Lungs | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. | Heart | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. | Abdomen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. | Genitalia | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. | Neurologic | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Skin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Physical Maturity | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Spine, Back | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Shoulders, Upper extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 14. | Lower extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |

PLEASE NOTE: THIS EXAMINATION IS FOR A PERIOD OF 24 MONTHS PER WIAA REGULATION, UNLESS OTHERWISE INDICATED. A NEW PHYSICAL EXAMINATION IS REQUIRED PRIOR TO INITIAL PARTICIPATION AT BOTH THE MIDDLE SCHOOL LEVEL (GRADES 7 – 8) AND SENIOR HIGH LEVEL (GRADES 9 – 12).

- Assessment: Full participation at the **senior high level** (grades 9 - 12).
 Full participation at the **middle school level** (grades 7 - 8).
 Limited participation (describe limitations, restrictions):
- } To be eligible to participate, an examiner must check one of these boxes.

Participation contraindicated (list reasons):

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

EXAMINER'S SIGNATURE: _____

DATE: _____

PRINT EXAMINER'S NAME: _____ EXAMINER'S PHONE NUMBER: (____)_____