

LHSAA MEDICAL HISTORY EVALUATION/EVALUACIÓN HISTORIAL MÉDICO DE LHSAA

IMPORTANTE: Este formulario tiene que ser completado anualmente, archivado con la escuela, y estar sujeto a inspección por el Equipo de Reglas Cumplida.

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____
 Deporte (s): _____ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono celular: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de casa: _____
 Padres/ tutor: _____ Empleadores: _____ Teléfono del trabajo: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: Cualquier miembro de su familia menor de 50 años ha tenido estas condiciones?

| Sí | No | Condición | Quien | Sí | No | Condición | Quien | Sí | No | Condición | Quien |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón, cardiopatía | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muerte súbita | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión alta/hipertensión | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñón | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rasgo de células falciformes, Anemia | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | _____ |

HISTORIAL ORTOPÉDICA DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido cualquiera de las siguientes heridas?

| Sí | No | Condición | Fecha | Sí | No | Condición | Fecha | Sí | No | Condición | Fecha |
|--------------------------|--------------------------|--|-------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesiones de la cabeza / conmoción cerebral | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesiones del cuello / Parestesias | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hombro I / D | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codo Izquierda / Derecha | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brazo / muñeca / mano I / D | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Espalda | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cadera I / D | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muslo I / D | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rodilla I / D | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pierna I / D | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Periostitis crónica | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillo I / D | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pie I / D | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tensión muscular severa | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervio comprimido | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pecho | _____ | Cirugías previas: _____ | | | | | | | |

HISTORIAL MÉDICO DEL DEPORTISTA: ¿El atleta ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

| Sí | No | Condición | Sí | No | Condición | Sí | No | Condición |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmullo en el Corazón / Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma / prescrito inhalador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Irregularidades menstruales: último ciclo: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brevedad de la respiración / tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida/ ganancia rápida de peso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomar suplementos/vitaminas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latido cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inconsciente / conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de calor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Testículo único | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón/cardiopatía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mononucleosi recientes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión alta/hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agrandamiento del bazo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos / desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado/hepática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rasgo de células falciformes, Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de órgano (riñón, bazo, etcetera) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Una noche de estancia (hospital) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prescrito EPIPEN/inyección de Epinefrina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias (Alimentos, medicamentos) |
| Medicamentos: _____ | | | | | | | | |

Apunte las fechas de: La última vacuna de tétanos: _____ Vacuna de sarampión: _____ Vacuna de meningitis: _____

FORMULARIO DE RENUNCIA DE LOS PADRES

Al mejor de nuestro conocimiento, hemos dado información verdadera y exacta y doy permiso para la evaluación del examen físico. Entendemos la evaluación consiste en un examen limitado y la investigación no se pretende ni evitará lesiones o la muerte súbita. Entiendo que si el examen es sin expectativa de pago, no habrá ninguna causa de acción en virtud de Luisiana R.S. 9:2798 contra el equipo voluntario de la salud médico o empleador bajo la ley de Louisiana.

1. Si, a juicio de un representante de la escuela, el nombre estudiante atleta necesita atención o tratamiento como resultado de una lesión o enfermedad, por la presente solicitud, consentimiento y autorizar para tal cuidado como puede ser juzgado necesario **Sí** **No**
2. Entiendo que si la condición médica de mi hijo cambia de cualquier manera significativa después de su examen físico, Notificaré a su principal el cambio inmediatamente **Sí** **No**
3. Doy mi permiso para que el entrenador le diga información sobre lesiones de mi hijo para el director de entrenadores/ Director/Director de su escuela **Sí** **No**

Esta renuncia, ejecutada el día _____ del mes _____, 20____, por _____ siguiente por el médico que suscribe, médico osteopático, enfermera o asistente médico y padre del atleta de estudiante nombrado arriba, que se realiza en cumplimiento de la ley de Louisiana con el completo entendimiento de que no habrá ninguna causa de acción por la pérdida o daños causados por cualquier acto u omisión relacionado con los servicios de atención médica si voluntariamente y sin expectativas de pago adjunto a menos que tal pérdida o daño fue causado por negligencia.

Fecha de firma de los padres _____ Firma del padre _____ Mecanografiado o en letra de molde _____

II. COMPLETED ANNUALLY BY MEDICAL DOCTOR (MD), OSTEOPATHIC DR. (DO), NURSE PRACTITIONER (APRN) or PHYSICIAN'S ASSISTANT (PA)
 COMPLETADO ANUALMENTE POR DOCTOR MÉDICO, DOCTOR OSTEOPÁTICO (DO), PRACTICANTE DE ENFERMERÍA (APRN) O ASISTENTE DE MÉDICO (PA)

| | | | |
|--------------|--------------|----------------------|-------------|
| Height _____ | Weight _____ | Blood Pressure _____ | Pulse _____ |
|--------------|--------------|----------------------|-------------|

GENERAL MEDICAL EXAM :

| | Norm | Abnl |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| ENT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (if Needed) | | |

COMMENTS: _____

OPTIONAL EXAMS:

VISION:
 L: _____ R: _____ Corrected: _____

DENTAL:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17

ORTHOPAEDIC EXAM :

| | Norm | Abnl |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I. Spine / Neck | | |
| Cervical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thoracic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lumbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II. Upper Extremity | | |
| Shoulder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elbow | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hand / Fingers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III. Lower Extremity | | |
| Hip | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

From this limited screening I see no reason why this student cannot participate in athletics.

- [] Student is cleared
 [] Cleared after further evaluation and treatment for: _____
 [] Not cleared for: ___contact ___non-contact

Printed Name of MD, DO, APRN or PA _____ Signature of MD, DO, APRN or PA _____ Date of Medical Examination _____

This physical expires 13 months from the date it was signed and dated by the MD, DO, APRN or PA.