



"Construyendo una cultura comprometida con la
excelencia académica, las actividades deportivas y el
desarrollo del carácter"

EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS

A los padres o tutores:

Los estudiantes inscritos en los grados 9-12 deben tener una evaluación física preparticipativa anual, con fecha de abril 1 de 2025 o más tarde para el año escolar 2025-2026, para poder participar en las actividades deportivas de los eventos interescolares de las Escuelas Públicas del Condado de Frederick (Frederick County Public Schools, FCPS).

La evaluación médica deberá ser realizada por un médico autorizado, un enfermero certificado o un asistente médico certificado bajo la supervisión de un médico licenciado.

La evaluación física preparticipativa consta de cuatro partes: Formulario de historial (página 1 y 2), Formulario de examen físico (página 3), Formulario de historial suplementario para deportistas con necesidades especiales (página 4) y Formulario de elegibilidad médica (página 5). **El formulario de elegibilidad médica (página 5) es el único formulario que debe ser presentado a una escuela.**

Cuando un estudiante-atleta haya sufrido una lesión, enfermedad o cirugía importante después de presentar la evaluación física preparticipativa anual, se requiere una carta de autorización de un médico, una enfermera o asistente médico certificado bajo la supervisión de un médico licenciado para poder seguir participando.

El Formulario de Elegibilidad Médica, presentado en la escuela, estará disponible sólo para el personal de salud y educación con un interés educativo legítimo por su hijo(a).

Se recomienda que el examen físico deportivo no sustituya al examen anual del alumno. examen físico con su médico de cabecera, tal y como establece la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) y la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Las fechas de inicio de las actividades deportivas para el período 2025-2026 son:

- Otoño - miércoles, 13 de agosto, 2025
- Invierno - sábado, 15 de noviembre, 2025
- Primavera - sábado, 28 de febrero de 2026

Este formulario debe incluirse en el expediente médico del atleta y no debe no compartirse con las escuelas o organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que se debe presentar a una escuela u organización deportiva.

Descargo de responsabilidad: Los deportistas que tienen una evaluación física de preparación para la participación (según las reglas estatales y locales) no deben completar otro formulario de historia.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA

FORMULARIO DE HISTORIA

Nota: Rellena y firma este formulario (con tus padres si eres menor de 18 años) antes de tu cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha

del examen: _____ Deporte(s): _____

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Cómo identificas tu género? (F, M o otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (marque una): S N En caso afirmativo, por favor, discuta con el LHCP si se recomienda un seguimiento adicional.

¿Se ha vacunado contra el COVID-19? (marque una): S N En caso afirmativo, ¿se ha vacunado: Una vacuna Dos vacunas Tres vacunas Fecha de refuerzo _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales. _____

¿Se ha operado alguna vez? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores.

Medicamentos y suplementos: Enumere todas las recetas actuales, los medicamentos de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales).

¿Tiene usted alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican)

Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Circule la respuesta.)

| | Nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Sensación de nerviosismo, ansiedad o nerviosismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No poder parar o controlar la preocupación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentirse decaído, deprimido o desesperado | 0 | 1 | 2 | 3 |

(Una suma de ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las dos subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] a efectos de cribado).

| PREGUNTAS GENERALES (Explique las respuestas del Sí al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta). | | |
|---|----|----|
| | Sí | No |
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor? | | |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en el deporte por cualquier motivo? | | |
| 3. ¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente? | | |
| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DESU CORAZÓN | | |
| | Sí | No |
| 4. ¿Alguna vez te has desmayado o has estado a punto de desmayarte durante o después del ejercicio? | | |
| 5. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor, tirantez, o presión en el pecho durante el ejercicio? | | |
| 6. ¿Alguna vez se te acelera el corazón, se te revuelve en el pecho, o se salta los latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio? | | |
| 7. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algún problema de corazón? | | |
| 8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, la electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía. | | |

| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (CONTINUACIÓN) | | |
|--|----|----|
| | Sí | No |
| 9. ¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio? | | |
| 10. ¿Has tenido alguna vez una convulsión? | | |
| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA | | |
| | Sí | No |
| 11. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas al corazón o ha tenido un inesperado o inexplicable muerte súbita antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente de coche inexplicable)? | | |
| 12. ¿Alguien en su familia tiene un corazón genético problema como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, derecho arritmogénico cardiomiopatía ventricular (ARVC), QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), El síndrome de Brugada, o el poli- catecolaminérgico taquicardia ventricular mórfica (TVPC)? | | |
| 13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un defibrilador implantado antes de los 35 años? | | |

| PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULACIONES | Sí | No |
|--|----|----|
| 14. ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión a un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te ha hecho perder un entrenamiento o un partido? | | |
| 15. ¿Tiene un hueso, músculo, ligamento o articulación una lesión que le moleste? | | |
| PREGUNTAS MÉDICAS | Sí | No |
| 16. ¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultades para la respiración durante o después del ejercicio? | | |
| 17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano? | | |
| 18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un protuberancia o hernia en la zona de la ingle? | | |
| 19. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o erupciones que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o resistente a la meticilina Staphylococcus aureus (MRSA)? | | |
| 20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? | | |
| 21. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o en las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caerse? | | |
| 22. ¿Se ha enfermado alguna vez mientras hacía ejercicio en el calor? | | |
| 23. ¿Tiene usted o alguien de su familia rasgo o enfermedad de células falciformes? | | |
| 24. ¿Has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión? | | |

| PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN) | Sí | No |
|---|----|----|
| 25. ¿Te preocupa tu peso? | | |
| 26. ¿Está tratando o ha recomendado alguien que ganes o pierdas peso? | | |
| 27. ¿Sigues una dieta especial o evita determinados tipos de alimentos o grupos de alimentos? | | |
| 28. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario? | | |
| SÓLO PARA MUJERES | Sí | No |
| 29. ¿Ha tenido alguna vez la menstruación? | | |
| 30. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera período menstrual? | | |
| 31. ¿Cuándo fue su última menstruación? | | |
| 32. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses? | | |

Explique las respuestas de "Sí" aquí.

Declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correcto.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y **no debe ser compartido con las escuelas o organizaciones deportivas.**

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere preguntas adicionales sobre cuestiones más delicadas.

- ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez te sientes triste, desesperado, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
- ¿Has probado alguna vez cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, rapé o dip?
- Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o dip?
- ¿Bebes alcohol o consumes alguna otra droga?
- ¿Alguna vez a tomado esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez a tomado algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Se pone el cinturón de seguridad, usas el casco y utilizas preservativos?

2. Considere la posibilidad de revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (Q4-Q13 del formulario de antecedentes).

| EXAMEN | | |
|---|--------------|--|
| Altura: _____ | Peso: _____ | |
| Presión arterial: _____ / _____ (_____ / _____) | Pulso: _____ | Visión: D 20/ _____ I 20/ _____ Corregido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| MÉDICAS | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES |
| Apariencia <ul style="list-style-type: none"> • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aórtica) | | |
| Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> • Pupilas iguales • Audición | | |
| Ganglios linfáticos | | |
| Corazón ^a <ul style="list-style-type: none"> - Murmullos (auscultación de pie, auscultación supina y ± maniobra de Valsalva) | | |
| Pulmones | | |
| Abdomen | | |
| Piel <ul style="list-style-type: none"> • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de resistencia a la metilina <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), o tiña corporal | | |
| Neurológico | | |
| MÚSCULO ESQUELÉTICO | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES |
| Cuello | | |
| Espalda | | |
| Hombro y brazo | | |
| Codo y antebrazo | | |
| Muñeca, mano y dedos | | |
| Cadera y muslo | | |
| Rodilla | | |
| Pierna y tobillo | | |
| Pie y dedos de los pies | | |
| Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de caja o caída de paso | | |

^a Considere la electrocardiograma (ECG), una ecocardiografía, la derivación a un cardiólogo para antecedentes cardíacos anormales o hallazgos de exámenes, o una combinación de esos.

Nombre del profesional de la salud (escriba o imprima) _____ Fecha _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP, o PA

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y *no* debe ser compartido con las escuelas o organizaciones deportivas.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA

FORMULARIO PARA DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD: SUPLEMENTO AL HISTORIAL DEL ATLETA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

| | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Tipo de discapacidad: | | |
| 2. Fecha de incapacidad: | | |
| 3. Clasificación (si está disponible): | | |
| 4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, lesión u otra): | | |
| 5. Enumera los deportes que practicas: | | |
| | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, un dispositivo de ayuda o una prótesis para las actividades diarias? | | |
| 7. ¿Utilizas algún aparato ortopédico o de asistencia especial para hacer deporte? | | |
| 8. ¿Tienes alguna sarpudillo, llagas por presión u otros problemas de la piel? | | |
| 9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utilizas un audífono? | | |
| 10. ¿Tiene alguna discapacidad visual? | | |
| 11. ¿Utiliza algún dispositivo especial para la función intestinal o vesical? | | |
| 12. ¿Tiene ardor o molestias al orinar? | | |
| 13. ¿Ha tenido disreflexia autonómica? | | |
| 14. ¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o con el frío (hipotermia)? | | |
| 15. ¿Tienes espasticidad muscular? | | |
| 16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con la medicación? | | |

Explique las respuestas de "Sí" aquí.

Por favor, indique si ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones:

| | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| Inestabilidad atlantoaxial | | |
| Evaluación radiográfica (rayos X) de la inestabilidad atlantoaxial | | |
| Dislocación de articulaciones (más de una) | | |
| Sangrado fácil | | |
| Agrandamiento del bazo | | |
| Hepatitis | | |
| Osteopenia u osteoporosis | | |
| Dificultad para controlar el intestino | | |
| Dificultad para controlar la vejiga | | |
| Adormecimiento o hormigueo en los brazos o manos | | |
| Adormecimiento o hormigueo en las piernas o los pies | | |
| Debilidad en los brazos o manos | | |
| Debilidad en las piernas o en los pies | | |
| Cambio reciente en la coordinación | | |
| Cambio reciente en la capacidad de caminar | | |
| Espina bífida | | |
| Alergia al látex | | |

Explique las respuestas "Sí" aquí.

Declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correcto.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que se debe presentar a una escuela o organización deportiva.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPATIVA

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: ____ deporte: _____

- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción
- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

Medicamento elegible para ciertos deportes

No es elegible desde el punto de vista médico a la espera de una nueva evaluación

No es elegible médicamente para ningún deporte

Recomendaciones:

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el/los deporte(s) tal y como se indica en este formulario. Una copia del documento físico los resultados del examen están registrados en mi oficina y pueden ponerse a disposición de la escuela a petición de los padres. Si las condiciones surjan después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el médico puede anular la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se explican completamente al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de la salud (escriba o imprima): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de salud: _____, MD, DO, NP, o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias:

Medicamentos:

Otras informaciones:

Contactos de emergencia: