



**Kris Munro**  
Superintendent  
Of Schools

**Molly Parks**  
Assistant Superintendent  
Human Resources

**Jim Monreal**  
Assistant Superintendent  
Business Services

**Dorothy Coito**  
Assistant Superintendent  
Educational Services

## Santa Cruz City Schools Hoja de Información Previa al Examen Físico

### Para ser completado por el padre/tutor:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

### Hacer clic en cada pregunta que responda sí:

1. ¿Está usted al cuidado de un médico por alguna razón?
2. ¿Ha estado usted hospitalizado alguna vez?
3. ¿Ha tenido alguna cirugía?
4. ¿Está tomando medicamentos, inhaladores o píldoras?
5. ¿Tiene algún tipo de alergias? (Picadura de insectos, medicamentos, etc.)
6. ¿Se ha mareado o desmayado antes o después de hacer ejercicio?
7. ¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?
8. ¿Ha tenido alguna vez presión sanguínea alta?
9. ¿Le han dicho alguna vez que tiene soplo en el corazón?
10. ¿Le ha latido el corazón muy rápido, o se le han parado las palpitaciones?
11. ¿Se ha lastimado la cabeza?
12. ¿Se ha desmayado o ha quedado inconsciente?
13. ¿Ha padecido de algún tipo de ataques?
14. ¿Ha tenido un ardor, punzadas u opresión de nervios?
15. ¿Se ha mareado o se ha desmayado en el calor?
16. ¿Tiene dificultad para respirar o toser durante o después del ejercicio?
17. ¿Tiene algún problema de la piel como salpullido o picazón?
18. ¿Tiene problemas con sus ojos o su vista?
19. ¿Usa anteojos o lentes de contacto o alguna protección para sus ojos?
20. ¿Usa algún equipo especial como entablillado, cuello ortopédico, protector bucal, etc.?
21. ¿Ha muerto alguien en su familia por problemas del corazón o muerte súbita antes de los 50 años?
22. ¿Tiene usted un solo órgano trabajando de los que generalmente tenemos dos (ojos, riñones, etc)
23. ¿Alguna vez se ha torcido, quebrado, dislocado o ha tenido hinchazón continuamente en los huesos o coyunturas?

### Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, marque cuál de las siguientes opciones es aplicable:

Cabeza	Cuello	Pecho	Hombros	Espalda	Mano	Muñeca	Codo
Antebrazo	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Espinilla	Pantorrilla	Pies

**Hacer clic en cada pregunta que responda sí:**

1. De las lesiones mencionadas anteriormente ¿Hay alguna que le moleste a la fecha de hoy?
2. ¿Tiene otros problemas como el asma, mono, diabetes, etc.?
3. ¿Ha tenido alguna lesión o problema de salud desde su último examen médico?
4. ¿Hay algo específico con relación a su salud que el entrenador deba saber?
5. ¿Cuándo fue la última vez que le vacunaron contra el tétano? \_\_\_\_\_
6. ¿Usa algún producto de tabaco?
7. **SOLO PARA MUJERES** – ¿Tiene períodos irregulares?

**SI HIZO CLIC EN EL CUADRO AL LADO DE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN COMPLETA A CONTINUACIÓN**

Yo / nosotros hacemos constar, que las respuestas que anteceden son correctas. Yo / nosotros sabemos que al realizar este examen, el doctor que firma abajo no es responsable del cuidado médico de este individuo.

Firma del Atleta: \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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