



MICHIGAN HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION, INC.

HISTORIAL MÉDICO

- Para ser llenado por un padre, tutor o estudiante de 18 años de edad.
• El padre, tutor o estudiante de 18 años de edad debe firmar a continuación.



UN EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO ES AQUÉL EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR

Form with fields: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, GÉNERO, GRADO, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, DOMICILIO DEL ESTUDIANTE, NOMBRE DEL PADRE O TUTOR, TELÉFONO DEL TRABAJO, NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR, TELÉFONO DEL TRABAJO, MÉDICO FAMILIAR, TELÉFONO DEL CONSULTORIO, TELÉFONO DE LA CASA DEL ESTUDIANTE

HISTORIAL MÉDICO

Large medical history table with columns: PREGUNTAS GENERALES, PREGUNTAS DE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA, PREGUNTAS MÉDICAS, PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA, PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES, HISTORIAL DE VACUNACIÓN, PREGUNTAS DE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA, SOLO MUJERES

DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL SEGURO

Nuestro hijo o hija cumplirá con los reglamentos específicos del seguro del distrito escolar, y las preguntas sobre los antecedentes médicos se respondieron de la forma más completa y correcta posible.

Compañía de seguros de la familia: _____ N° de contrato: _____

Firma del estudiante: _____ y del padre, tutor o estudiante de 18 años de edad: _____

< DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO >

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA. Debe ser llenada por el padre, tutor o estudiante de 18 años de edad.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

EN CASO DE EMERGENCIA 1) _____ N° de tel.: _____ N° de móvil: _____

COMUNICARSE CON: o 2) _____ N° de tel.: _____ N° de móvil: _____

Médico de la familia: _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Reacciones a medicamentos: _____

Medicamentos actuales: _____



MICHIGAN HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION, INC. FORMULARIOS DEL EXAMEN FÍSICO, APROBACIÓN Y CONSENTIMIENTO



- Para ser llenado por un padre, tutor o estudiante de 18 años de edad.
- Debe firmarse en **dos** lugares en esta página por el padre, tutor o estudiante de 18 años de edad.

UN EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO ES AQUÉL EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR

LLENAR CON LETRA DE MOLDE

Apellido			Primer nombre			Inicial del segundo nombre			
NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE:									
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:	Mes	Día	Año			LUGAR DE NACIMIENTO:	Ciudad	Estado	
INDIQUE CON UN CÍRCULO EL GRADO			7	8	9	10	11	12	ESCUELA:

EXAMEN MÉDICO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

Para ser llenado por el médico (MD), osteópata (DO), médico asistente (PA) o enfermero profesional (NP) que realice el examen y para entregarse directamente al paciente. Se pueden agregar o quitar categorías. Marque la columna correspondiente.

EXAMEN: (Marque con un círculo todas las respuestas que se requieran)	Estatura:	Peso:	Hombre/Mujer	PA:	/	Pulso:	Visión: D 20/	I 20/	Corregida: Sí No
EVALUACIÓN MÉDICA	NORMAL		RESULTADOS ANORMALES		EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA		NORMAL	RESULTADOS ANORMALES	
Apariencia: Síndrome de Marfan (cifosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazos extendidos > estatura, hiperlaxia, miopía, PVM, insuficiencia aórtica)					Cuello				
					Espalda				
Ojos, oídos, nariz, garganta: Pupilas isocóricas Oído					Hombro/brazo				
Nodos linfáticos					Codo/antebrazo				
Corazón: Soplos (auscultación de pie, acostado boca arriba, +/- Valsalva) Localización del choque de punta					Muñeca/mano/dedos				
Pulsos: Pulsos femorales y radiales simultáneos					Cadera/muslo				
Pulmones:					Rodilla				
Abdomen					Pierna/tobillo				
Genitourinario (solo varones)					Pie/dedos				
Piel: VHS, lesiones que sugieren SARM, tiña corporal					Funcional: Marcha de pato				
Neurología:									

RECOMENDACIONES: _____

Certifico que examiné al estudiante nombrado anteriormente en este formulario y puedo recomendar que está apto para competir en los eventos de atletismo supervisados que **NO** se hayan tachado a continuación.

BÉISBOL, BÁSQUETBOL, BOLICHE, ANIMACIÓN, CARRERAS A CAMPO TRAVIESA, FÚTBOL AMERICANO, GOLF, GIMNASIA

HOCKEY SOBRE HIELO, LACROSSE, ESQUÍ, FÚTBOL, SÓFBOL, NATACIÓN, TENIS, ATLETISMO EN PISTA Y CAMPO, VOLEIBOL, LUCHA

UN EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO ES AQUÉL EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR

FIRMA DEL EXAMINADOR: _____

MARQUE CON UN CÍRCULO
MD DO PA NP

NOMBRE DEL EXAMINADOR
EN LETRA DE MOLDE: _____

FECHA: _____

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD

Esta solicitud para participar en atletismo es voluntaria y la información presentada es verdadera en la medida de mi conocimiento. Nunca he recibido dinero, un certificado canjeable por mercancía de cualquier monto ni un premio o mercancía emblemáticos con valor superior a veinticinco dólares americanos (\$25.00) por participar en competencias de atletismo, y tampoco he competido utilizando un alias. Después de representar a mi escuela en cualquier deporte, no competiré en ninguna competencia deportiva externa en el mismo deporte hasta después de que la temporada escolar haya terminado. Comprendo que se espera que me apegue a todas las políticas de atletismo establecidas en mi distrito escolar y en la Asociación de Atletismo de la Escuela Preparatoria de Michigan, por ejemplo las que se mencionaron previamente como ejemplos pero las cuales no presentan todas las políticas a las que me tengo que adherir.

Por medio de la presente otorgo mi consentimiento para que el estudiante cuyo nombre aparece en el documento participe en las actividades de atletismo interescolares y para que la información protegida por la Ley Federal de Protección de los Registros Educativos (FERPA, por sus siglas en inglés) y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) pueda proporcionarse a la Asociación de Atletismo de la Preparatoria de Michigan (MHSAA, por sus siglas en inglés) con el fin de determinar la elegibilidad para las competencias atléticas interescolares. Además, comprendo que puedo sufrir lesiones graves por participar en las actividades de atletismo. El estudiante tiene mi permiso de acompañar al equipo como uno de los miembros durante los viajes fuera de la ciudad.

Asimismo, comprendo que se espera que mi hijo o hija acate firmemente todas las políticas de atletismo establecidas en el distrito escolar y en la Asociación de Atletismo de la Escuela Preparatoria de Michigan.

Firma del ESTUDIANTE _____ Fecha: _____

Firma del PADRE: _____ Fecha: _____
o TUTOR o ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD

----- < DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO > -----

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO. Debe ser llenado por el padre, tutor o estudiante de 18 años de edad.

Yo, _____, estudiante de 18 años de edad, o el padre o tutor de _____, reconozco que a raíz de la participación en atletismo, pudiera ser necesario un tratamiento médico de emergencia, y además reconozco que el personal de la escuela probablemente no pueda contactarme para obtener mi consentimiento para la atención médica de emergencia. Por el presente doy mi consentimiento para que se proporcione dicha atención médica de emergencia, incluida la atención hospitalaria, según se considere necesario en las circunstancias que se presenten y asumo los gastos que dichos cuidados generen.

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DE EDAD

FECHA