

# Examen para la Pre-Participación en Deportes Escolares

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DIRRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Deportista y Padre/Guardián:** Por favor, revise todas las preguntas y responda lo mejor que pueda.

**Médico:** Por favor, revise con el deportista los detalles de cualquier pregunta positiva (Sí).

SI	NO	No Sé	
_____	_____	_____	1. ¿Ha muerto alguien en la familia del deportista repentinamente antes de la edad de 50 años?
_____	_____	_____	2. ¿El deportista se ha desmayado durante el ejercicio o dejado de hacer ejercicios debido a mareos o dolor en el pecho?
_____	_____	_____	3. ¿Padece el deportista de asma (resuello asmático), alergia al polen, o ataques de tos durante o después del ejercicio?
_____	_____	_____	4. ¿El deportista alguna vez se ha roto un hueso, tuvo que usar un yeso, o tuvo una lesión en alguna coyuntura?
_____	_____	_____	5. ¿Tiene el deportista un historial de una conmoción cerebral (noqueado) o convulsiones?
_____	_____	_____	6. ¿El deportista alguna vez sufrido de una enfermedad relacionado al calor (insolación)?
_____	_____	_____	7. ¿Tiene el deportista una enfermedad crónica o ve a un médico regularmente para algún problema particular?
_____	_____	_____	8. ¿El deportista toma medicamento recetado, hierbas, o suplementos nutritivos?
_____	_____	_____	9. ¿Es el deportista alérgico a algún medicamento o picadura de abejas?
_____	_____	_____	10. ¿El deportista tiene sólo uno de los órganos emparejados (ojos, orejas, riñones, testículos, ovarios, etc.)?
_____	_____	_____	11. ¿Ha sido el deportista anteriormente limitado a la participación deportiva?
_____	_____	_____	12. ¿El deportista ha tenido algún episodio de dificultad para respirar, palpitaciones, historial de fiebre reumática o tendencia a cansarse con facilidad?
_____	_____	_____	13. ¿El deportista ha sido alguna vez diagnosticado con un sople cardíaco o condición cardiaca o la hipertensión?
_____	_____	_____	14. ¿Existe un historial de jóvenes en la familia del atleta que han padecido de cardiopatía congénita u otras enfermedades del corazón: cardiomiopatía, ritmos anormales del corazón, intervalo QT o síndrome de Martan? (Puedes escribir "No entiendo este vocabulario" y ponga sus iniciales en esta sección, si apropiado.)
_____	_____	_____	15. ¿El deportista ha sido alguna vez hospitalizado de la noche a la mañana o ha tenido cirugía?
_____	_____	_____	16. ¿El deportista pierde peso regularmente para cumplir con los requisitos para su deporte?
_____	_____	_____	17. ¿El deportista tiene cualquier cosa que él o ella desea hablar con el médico?
_____	_____	_____	18. ¿El deportista toce, tiene resuello asmático, o tiene dificultad para respirar durante o después de una actividad?
_____	_____	_____	19. ¿El deportista padece de asma?
			20. SOLO PARA MUJERES
			a. ¿Cuándo fue tu primer período menstrual?
			b. ¿Cuándo fue tu más reciente período menstrual?
			c. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos menstruales este último año?

**(Explica cualquier respuesta afirmativa (Sí) al reverso)**

**Declaración de Padre//Guardián:**

He examinado y respondido a las preguntas anteriores a lo mejor de mi capacidad. Yo y mi hijo/a entendemos y aceptamos que hay riesgos de lesiones graves y muerte en cualquier deporte, incluyendo el/los que mi hijo/a ha decidido participar. Por la presente le doy permiso para que mi hijo/a participe en los deportes / actividades.

Autorizo tratamiento médico de emergencia y/o el transporte a un centro médico para cualquier lesión o enfermedad considerada necesaria y urgente por el instructor, entrenador, o médico.

Tengo entendido que este examen físico para la pre-participación en deportes no es diseñado ni destinado a sustituir cualquier evaluación de la salud comprensiva. Autorizo divulgar información de estos resultados de los exámenes a la escuela de mi hijo/a.

Firma: \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián

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

*Según ORS 336.479, Sección 1 (3) "Un distrito escolar deberá exigir a los estudiantes que continúan participando en deportivas extracurriculares en los grados 7 a 12 a hacerse un examen físico una vez cada dos años". La Sección 1 (5) "Cualquier examen físico requerido por esta sección será llevado a cabo por un (a) médico en posesión de una licencia sin restricciones para practicar la medicina; (b) médico naturópata licenciado; (c) asistente médico licenciado; (d) enfermera titulada; o un (e) médico quiropráctico licenciado que tiene formación clínica y experiencia en detectar enfermedades cardiopulmonares y defectos."*

# School Sports Pre-Participation Examination – Part 2 EL MÉDICO - Medical Provider Completes

NAME: _____	BIRTHDATE: ____/____/____
Height: _____ Weight: _____ % Body Fat (optional): _____ Pulse: _____	BP: ____/____ (____/____, ____/____)
Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected: Y N Pupils: Equal ____ Unequal ____	Rhythm: Regular ____ Irregular ____

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart: Pericardial activity			
1st & 2nd heart sounds			
Murmurs			
Pulses: brachial/femoral			
Lungs			
Abdomen			
Skin			

MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot			

\* Station-based examination only

## CLEARANCE

Cleared  
 Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_  
 Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Recommendations: \_\_\_\_\_

Name of Medical Provider (print/type): \_\_\_\_\_ Date of Physical Examination: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
 Signature of Medical Provider: \_\_\_\_\_

*As per ORS 336.479, Section 1 (3) "A school district shall require students who continue to participate in extracurricular sports in grades 7 through 12 to have a physical examination once every two years." Section 1(5) "Any physical examination required by this section shall be conducted by a (a) physician possessing an unrestricted license to practice medicine; (b) licensed naturopathic physician; (c) licensed physician assistant; (d) certified nurse practitioner; or a (e) licensed chiropractic physician who has clinical training and experience in detecting cardiopulmonary diseases and defects."*

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO DE SU HIJO Y ENTREGADO EN SU EDIFICIO A LA SECRETARIA ESCOLAR O DE ATLETISMO  
THIS FORM NEEDS TO BE FILLED OUT BY YOUR STUDENT'S PHYSICIAN AND TURNED INTO YOUR BUILDING ATHLETIC OR OFFICE SECRETARY**

## SUGGESTED EXAM PROTOCOL FOR THE PHYSICIAN

### **MUSCULOSKELETAL**

Have patient:

1. Stand facing examiner
2. Look at ceiling, floor, over shoulders, touch ears to shoulders
3. Shrug shoulders (against resistance)
4. Abduct shoulders 90 degrees, hold against resistance
5. Externally rotate arms fully
6. Flex and extend elbows
7. Arms at sides, elbows 90 degrees flexed, pronate/supinate wrists
8. Spread fingers, make fist
9. Contract quadriceps, relax quadriceps
10. "Duck walk" 4 steps away from examiner
11. Stand with back to examiner
12. Knees straight, touch toes
13. Rise up on heels, then toes

To check for:

- AC joints, general habitus
- Cervical spine motion
- Trapezius strength
- Deltoid strength
- Shoulder motion
- Elbow motion
- Elbow and wrist motion
- Hand and finger motion, deformities
- Symmetry and knee/ankle effusion
- Hip, knee and ankle motion
- Shoulder symmetry, scoliosis
- Scoliosis, hip motion, hamstrings
- Calf symmetry, leg strength

**MURMUR EVALUATION** – Auscultation should be performed sitting, supine and squaring in a quiet room using the diaphragm and bell of a stethoscope.

Auscultation finding of:

1. S1 heard easily; not holosystolic, soft, low-pitched
2. Normal S2
3. No ejection or mid-systolic click
4. Continuous diastolic murmur absent
5. No early diastolic murmur
6. Normal femoral pulses  
(Equivalent to brachial pulses in strength and arrival)

Rules out:

- VSD and mitral regurgitation
- Tetralogy, ASD and pulmonary hypertension
- Aortic stenosis and pulmonary stenosis
- Patent ductus arteriosus
- Aortic insufficiency
- Coarctation

**MARFAN'S SCREEN** – Screen all men over 6'0" and all women over 5'10" in height with echocardiogram and slit lamp exam when any two of the following are found:

1. Family history of Marfan's syndrome (this finding alone should prompt further investigation)
2. Cardiac murmur or mid-systolic click
3. Kyphoscoliosis
4. Anterior thoracic deformity
5. Arm span greater than height
6. Upper to lower body ratio more than 1 standard deviation below mean
7. Myopia
8. Ectopic lens

**CONCUSSION** -- When can an athlete return to play after a concussion?

After suffering a concussion, no athlete should return to play or practice on the same day. Previously, athletes were allowed to return to play if their symptoms resolved within 15 minutes of the injury. Studies have shown that the young brain does not recover that quickly, thus the Oregon Legislature has established a rule that no player shall return to play following a concussion on that same day and the athlete must be cleared by an appropriate health care professional before they are allowed to return to play or practice.

Once an athlete is cleared to return to play they should proceed with activity in a stepwise fashion to allow their brain to readjust to exertion. The athlete may complete a new step each day. The return to play schedule should proceed as below following medical clearance:

- Step 1: Light exercise, including walking or riding an exercise bike. No weightlifting.
- Step 2: Running in the gym or on the field. No helmet or other equipment.
- Step 3: Non-contact training drills in full equipment. Weight training can begin.
- Step 4: Full contact practice or training.
- Step 5: Game play.

If symptoms occur at any step, the athlete should cease activity and be re-evaluated by a health care provider.