

**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"/>	Brevidad 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.

- 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**
- 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**
- 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
<b>I. Spine / Neck</b>		
Cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thoracic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Upper Extremity</b>		
Shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elbow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand / Fingers		
<b>III. Lower Extremity</b>		
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.



**ATHLETE INFORMATION CARD**

FULL LEGAL NAME: \_\_\_\_\_ NICKNAME: \_\_\_\_\_

DOB (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

HOME PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELL PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

SPORT/SPORTS PLAYED: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ WT: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFO**

**EMERGENCY CONTACT #1:**

RELATIONSHIP: MOM \_\_\_\_\_ DAD \_\_\_\_\_ OTHER ( \_\_\_\_\_ )

FULL NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

HOME PH #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELL PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ WORK PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT #2:**

RELATIONSHIP: MOM \_\_\_\_\_ DAD \_\_\_\_\_ OTHER ( \_\_\_\_\_ )

FULL NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

HOME PH #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELL PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ WORK PH #:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

HEALTH INSURANCE NAME: \_\_\_\_\_ PH #: \_\_\_\_\_

NAME OF INSURED: \_\_\_\_\_

I hereby release the above listed information to the sports medicine team. I agree to allow sharing of medically necessary information in regards to approved/necessary care.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## Consent to Treatment and Waiver of Liability Form

I, \_\_\_\_\_ (parent/guardian) of \_\_\_\_\_ (student/athlete), understand that LCMC Sports Medicine (Children's Hospital, New Orleans East Hospital, Touro Infirmary, West Jefferson Medical Center, East Jefferson General Hospital, and University Medical Center) provides athletic training, first aid and certain other medical services in connection with certain athletic events and programs of \_\_\_\_\_ (School/Event). In case of emergency or accident on the school grounds or during any school activity involving the student designated below, which in the opinion of school authorities or personnel of LCMC Sports Medicine requires immediate medical attention, I hereby grant permission to such school authorities and LCMC Sports Medicine personnel to render medical care and to obtain the services of qualified medical personnel to treat the condition unless I am present and request otherwise or until revoked.

I also hereby release and agree to hold harmless all entities of LCMC Sports Medicine, their employees and agents, including, but not limited to, the Athletic Trainers from any and all liability in case of accident, injury, damage or other mishap in connection with all medical services or athletic trainer services they provide the student.

\_\_\_\_\_  
Student Name

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone Number



## Consent for Baseline Cognitive Testing and Release of Information

I give my permission for (name of child) \_\_\_\_\_,  
born (date of birth) \_\_\_\_\_, to have a baseline ImPACT® (Immediate Post-Concussion  
Assessment and Cognitive Testing) test administered at \_\_\_\_\_ (School).  
I understand that my child may need to be tested more than once, depending upon the results of the test. I  
understand there is no charge for the testing.

\_\_\_\_\_ (School) may release the ImPACT test results to my child's  
primary care physician, neurologist, other treating physician, or any licensed healthcare professional as  
requested when/if needed.

Name of parent/guardian \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_

Preferred Contact Number: Home \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_