EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LOUISIANA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION (LHSAA)

IMPORTANTE: El presente formulario debe completarse *anualmente,* mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Imprimir

Nombre:_____Escuela:_____Grado:_____Fecha:_____

Deporte(s):_____Sexo: M/F Fecha de nacimiento:_____Edad:_____Teléfono celular:_____

Domicilio:_____Ciudad:_____Estado:_____ Código postal:_____Teléfono residencial:_____

Padre/Tutor:_____ _Empleador:_____ _____Teléfono del trabajo:_____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: ¿Algún miembro de su familia menor de 50 años ha tenido estas condiciones?

Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién	Sí	No	Condición	Quién
☐	☐	Ataque/enfermedad cardíaca	_____	☐	☐	Muerte súbita	_____	☐	☐	Artritis	_____
☐	☐	Ataque cerebral	_____	☐	☐	Presión arterial alta	_____	☐	☐	Nefropatía	_____
☐	☐	Diabetes	_____	☐	☐	Rasgo de células falciformes/Anemia	_____	☐	☐	Epilepsia	_____

ANTECEDENTES ORTOPÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de las siguientes lesiones?

Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha	Sí	No	Condición	Fecha
☐	☐	Lesión en la cabeza / Concusión	_____	☐	☐	Lesión/dolor punzante en el cuello	_____	☐	☐	Hombro I / D	_____
☐	☐	Codo I / D	_____	☐	☐	Brazo/Muñeca/Mano I / D	_____	☐	☐	Espalda	_____
☐	☐	Cadera I / D	_____	☐	☐	Muslo I / D	_____	☐	☐	Rodilla I / D	_____
☐	☐	Parte inferior de la pierna I / D	_____	☐	☐	Periostitis tibial	_____	☐	☐	Tobillo I / D	_____
☐	☐	Pie I / D	_____	☐	☐	Distensión muscular severa	_____	☐	☐	Nervio pinzado	_____
☐	☐	Pecho	_____			Antecedentes de cirugías: _____					

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ATLETA: ¿El atleta ha tenido alguna de estas condiciones?

Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición
☐	☐	Soplo cardíaco / dolor en el pecho / opresión	☐	☐	Asma / Inhalador recetado	☐	☐	Irregularidades menstruales: último ciclo:_____
☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Dificultad para respirar / Tos	☐	☐	Pérdida/aumento rápido de peso
☐	☐	Nefropatía	☐	☐	Hernia	☐	☐	Toma suplementos/vitaminas
☐	☐	Arritmia	☐	☐	Noqueado / Concusión	☐	☐	Problemas relacionados con el calor
☐	☐	Testículo único	☐	☐	Enfermedad cardíaca	☐	☐	Mononucleosis reciente
☐	☐	Presión arterial alta	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Bazo agrandado
☐	☐	Mareo/Desmayos	☐	☐	Enfermedad hepática	☐	☐	Rasgo de células falciformes/anemia
☐	☐	Pérdida de órganos (riñón, bazo, etc.)	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	Debió pasar una noche en el hospital
☐	☐	Cirugía	☐	☐	Prescripción de inyección de Epinefrina (EPI PEN)	☐	☐	Alergias (alimentos, medicamentos)_____

☐ ☐ Medicamentos _____

Lista de fechas para: Última vacuna contra el tétanos_____: Inmunización contra el sarampión_____: Vacuna contra la meningitis: _____

FORMULARIO PARA PADRES DE RENUNCIA A RECLAMACIONES

A nuestro leal saber y entender, hemos dado información verdadera y precisa y por la presente autorizamos la evaluación de revisión física. Entendemos que la evaluación implica un examen limitado y que no tiene como propósito ni podrá prevenir lesiones o muerte súbita. Además, entendemos que si el examen se proporciona sin expectativa de pago, de conformidad con el título 9:2798 de los Estatutos Revisados de Luisiana no habrá causa de acción contra el profesional de la salud voluntario del equipo y/o empleador de acuerdo a la ley de Luisiana.

La presente renuncia a reclamaciones, otorgada en la fecha a continuación por el abajo firmante, médico, médico osteópata, enfermero facultativo o asistente médico y padre del estudiante atleta mencionado anteriormente, se realiza de conformidad con la ley de Luisiana con el pleno entendimiento de que no habrá causa de acción por ninguna pérdida o daño causado por cualquier acto u omisión relacionada con los servicios de atención médica si en lo sucesivo se prestan de forma voluntaria y sin expectativa de pago, a menos que tal pérdida o daño fueran causados por negligencia grave. Adicionalmente,

1. Si, a juicio de un representante de la escuela, el estudiante-atleta mencionado necesita atención o tratamiento como resultado de una lesión o enfermedad, por la presente solicito, doy mi consentimiento para y autorizo los cuidados que se consideren necesarios..... .....**Sí No**
2. Entiendo que si el estado médico de mi hijo/a cambia de manera significativa después de su examen físico, notificaré inmediatamente a su director acerca del cambio.....**Sí No**
3. Doy mi permiso para que el entrenador deportivo comparta la información de las lesiones de mi hijo/a al entrenador en jefe / director deportivo / director de su escuela……...…….....**Sí No**
4. Con mi firma a continuación, acepto permitir que se revisen los antecedentes médicos / formulario de examen de mi hijo/a y todos los formularios de elegibilidad por la LHSAA o su(s) representante(s) o el personal médico asociado. .....**Sí No**

_____	_____	_____
Fecha de firma del padre o madre	**Firma del padre o madre**	**Nombre en letra de molde o escrito a máquina**

Sección del profesional de la salud en la página 2

EVALUACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO DE LHSAA

IMPORTANTE: Este formulario debe completarse *anualmente*, mantenerse archivado en la escuela y está sujeto a inspección por parte del Equipo de Cumplimiento de Reglas.

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____ Edad:_____
Fecha:_____
Escuela:_____ Grado:_____Deporte(s):_____

II. PARA QUE COMPLETE ANUALMENTE EL MÉDICO (MD), MÉDICO OSTEÓPATA (DO), ENFERMERO (APRN) o AUXILIAR MÉDICO

Altura _____	Peso _____	Presión sanguínea_____	Pulso_____

EXAMEN MÉDICO GENERAL:

	Normal	Anormal
Otorrino	☐	☐
Pulmones	☐	☐
Corazón	☐	☐
Abdomen	☐	☐
Piel	☐	☐

EXAMEN ORTOPÉDICO :

I. Columna vertebral / cuello

	Normal	Anormal
Cervical	☐	☐
Torácico	☐	☐
Lumbar	☐	☐

II. Extremidad superior

	Normal	Anormal
Hombro	☐	☐
Codo	☐	☐
Mano / Dedos	☐	☐
Muñeca	☐	☐

III. Extremidad inferior

	Normal	Anormal
Rodilla	☐	☐
Cadera	☐	☐
Tobillo	☐	☐

Notas del profesional de la salud (si fuera necesario):_____

[ ] Médicamente apto para todos los deportes sin restricciones

[ ] Médicamente apto para algunos deportes_____

[ ] Médicamente apto para todos los deportes sin restricciones bajo recomendación de evaluación o tratamiento adicionales para_____

[ ] Médicamente no apto, pendiente de evaluación adicional

[ ] Médicamente no apto para ningún deporte

Esta recomendación se basa en una evaluación limitada.

_____	_____	_____
Nombre en letra de molde del médico, médico osteópata, enfermero o auxiliar médico	**Firma del médico, médico osteópata, enfermero o auxiliar médico**	**Fecha del examen médico**

Este formulario de aptitud física vence a los 13 meses de la fecha en que fue firmado y fechado por el médico, médico osteópata, enfermero o auxiliar médico.

Revisado 5/23

Children's Hospital
New Orleans
LCMC Health

FICHA DE INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

NOMBRE LEGAL COMPLETO: _____ **APODO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO (M/D/Año): _____ **Sexo:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL**_____

#TELÉFONO (CASA) #:(_____) _____ **# TELÉFONO MÓVIL:(_____)** _____ **GRADO:** _____

DEPORTE/DEPORTE PRACTICADO: _____ **ESTATURA:** _____**PESO:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA #1:

RELACIÓN: MAMÁ____PAPÁ_____OTRO (_____)

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ **TELÉFONO MÓVIL:(_____)** _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:(_____)** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA #2:

RELACIÓN: MAMÁ_____PAPÁ_____OTRO (_____)

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ **TELÉFONO MÓVIL:(_____)** _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:(_____)** _____

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: _____**# TELEFONO (_____)** _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

Por la presente, libero la información mencionada con anterioridad al equipo de medicina deportiva del Hospital Children's New Orleans (CHNOLA). Estoy de acuerdo en permitir que se comparta esta información cuando sea médicamente necesario para permitir la atención aprobada/necesaria.

_____

Nombre del padre/tutor

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

Children's Hospital
New Orleans
LCMC Health

Consentimiento para el tratamiento y exención de responsabilidad

Yo, padre/tutor, del estudiante-atleta entiendo que Children's Hospital (CHNOLA) contrata con la escuela del estudiante-atleta para proporcionar servicios de entrenamiento deportivo según lo establecido por la Asociación Nacional de Entrenadores Deportivos (NATA) y la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Luisiana (LSBME). Doy permiso al personal de Medicina Deportiva de CHNOLA para evaluar, tratar, rehabilitar y, cuando se indique, recomendar la derivación a un proveedor médico apropiado para tratar la lesión o condición del estudiante-atletaEstoy de acuerdo en permitir que el personal de Medicina Deportiva de CHNOLA utilice modalidades, técnicas de rehabilitación y cualquier otro tratamiento como se indica en las Órdenes Permanentes de Medicina Deportiva de CHNOLA. En caso de emergencia, entiendo que el personal de CHNOLA Sports Medicine se pondrá en contacto con los Servicios Médicos de Emergencia (EMS) cuando se necesite atención médica avanzada y transporte médico de emergencia.

Autorizo al personal de CHNOLA Sports Medicine a administrar y utilizar un programa de pruebas neurocognitivas de conmoción cerebral de referencia y posteriores a la lesión a través de las aplicaciones ImPACT. El personal de CHNOLA Sports Medicine compartirá esta información con los proveedores médicos directamente involucrados en el cuidado del estudiante-atleta durante el proceso de retorno al aprendizaje y al juego después de una lesión en la cabeza. La información relativa a este programa de pruebas se puede encontrar en www.impactconcussion.com.

Aceptación del riesgo y exención de responsabilidad
Entiendo los riesgos inherentes a la participación en eventos atléticos que pueden conducir a lesiones menores y mayores. Entiendo que ni el equipo de protección y el acolchado utilizados en el deporte, las reglas y procedimientos de seguridad del deporte, la instrucción de entrenamiento recibida, ni la atención de entrenamiento atlético proporcionada a los estudiantes-atletas garantizarán la seguridad o evitarán las lesiones que puedan sufrir como resultado de la participación en eventos atléticos. Estoy de acuerdo en no responsabilizar al personal de Medicina Deportiva de CHNOLA por cualquier lesión, pérdida o daño que le ocurra al estudiante-atleta como resultado de la participación deportiva.

Declaración de Permiso
He leído y entiendo completamente este consentimiento para tratar y liberar la responsabilidad. Firmo esto voluntariamente sin inducción. Doy permiso a CHNOLA Sports Medicine y a todos los asociados con CHNOLA para evaluar, tratar y rehabilitar al estudiante-atleta según sea necesario. Entiendo que este consentimiento y renuncia a la responsabilidad estará en efecto mientras el estudiante-atleta esté inscrito en la escuela asociada. Sin embargo, entiendo que puedo retirar mi consentimiento a dicha atención en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con el personal de CHNOLA Sports Medicine.

_____
Escriba en letra de molde el nombre del estudiante-deportista

_____
Escriba en letra de molde el nombre del padre/tutor

_____ _____
Firma del padre o tutor **Fecha**