

CUESTIONARIO DE SALUD FISICA

NOMBRE _____

/ /
FECHA

· HISTORIAL MÉDICO-LOS PADRES O EL ESTUDIANTE DEBEN CONTESTAR

#	EXPLIQUE ABAJO SI CONTESTA	SI	NO
1.	Alguna enfermedad cronica o recurrente?		
2.	Enfermedades de tres o mas semanas de duracion?		
3.	Ha estado hospitalizado?		
4.	Alguna cirugia ademas de las amigdalas?		
5.	Ha sufrido golpes que hayan requerido atencion medica?		
6.	Toma alguna medicina?		
7.	Sufre de presion arterial o del carazon?		
8.	Sufre de mareos, desmayos, convulsiones o dolores de cabeza con frecuencia?		
9.	Ha perdido el conocimiento o sufrido de concusion alguna vez?		
10.	Usa espejuelos o lentes de contacto?		
11.	Usa algun tipo de debtadyra postiza?		
12.	Es alergico a factores ambientales? (aspirina, penicilina, etc.)		
13.	Es alergico a picaduras de insectos?		
14.	Es alergico a factores ambientales? (polen, arboles, etc.)		
15.	Ha sufrido golpes en las rodillas?		
16.	Ha tenido alguna opercaion en las rodillas?		
17.	Ha sufrido algun golpe en los tobillos?		
18.	Tiene algun problema con el cuello?		
19.	Se ha torcido o dislocado alguna coyuntura?		
20.	Ha sufrido fracturas?		
21.	Le falta algun organo ademas de las a migdalas? (apendice, ojo, rinon, testiculo)		
22.	Sufre de agotamiento por el calor excesivo?		
23.	Existe alguna por la cual este solicitante no deba participar en deportes?		

FECHA DE LA ULTIMA YACUNA CONTRA EL TETANO (DFT-TD).

Doy permiso a mi hijo(a) para participar en _____ (deporte).

FIRMA DE LOS PADRES

/ /

FECHA

Si mi hijo(a) no ha sido vacunado contra el tetano en los ultimos cinco anos, doy permiso a la escuela para bacerlo.

Firma padres o encargado

OR DE
MAR AQUI



NAME _____ DATE OF BIRTH ___ / ___ / ___

PHYSICAL EXAMINATION FORM

HEIGHT	WEIGHT	PULSE RATE	BLOOD PRESSURE
--------	--------	------------	----------------

VISION:	RIGHT 20/	LEFT 20/	WITH GLASSES:	RIGHT 20/	LEFT 20/
---------	--------------	-------------	------------------	--------------	-------------

		NORMAL	ABNORMAL	NOT EXAMINED	ABNORMALITIES
1.	EYES				
2.	EARS, NOSE, THROAT				
3.	NECK (SOFT TISSUE)				
4.	MOUTH & TEETH				
5.	CARDIOVASCULAR				
6.	CHEST & LUNGS				
7.	ABDOMEN				
8.	GENITALIA HERNIA				
9.	SEXUAL MATURITY				
10.	SKIN & LYMPHATIC				
11.	NECK				
12.	SPINE				
13.	SHOULDERS				
14.	ARMS & HANDS				
15.	HIPS				
16.	THIGHS				
17.	KNEES				
18.	ANKLES				
19.	FEET				
20.	NEUROLOGICAL				

CLEARANCE: A. Cleared _____
 B. Cleared after completing evaluation rehabilitation for _____
 C. Not Cleared for Collision _____
 Contact _____
 Noncontact _____ Strenuous _____ Moderate _____ Nonstrenuous _____
 Due to: _____

Recommendation: _____

NAME OF PHYSICIAN _____ SIGNATURE _____ DATE _____

ADDRESS _____ TELEPHONE # _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____