

NMAA EVALUACIÓN PREVIA A LA PARTICIPACIÓN PAQUETE

De acuerdo con el Estatuto de la Asociación de Actividades de Nuevo México 6.15, el siguiente paquete de examen físico deportivo debe usarse para todos los exámenes previos a la participación.

OBJETIVO

La evaluación previa a la participación está diseñada para detectar lesiones, enfermedades u otros factores que aumentan el riesgo de lesión o enfermedad de un atleta. Los expertos en el campo del entrenamiento atlético, la medicina deportiva, la ortopedia, la medicina familiar, la pediatría y la osteopatía coinciden en que la identificación de los factores predisponentes que amenazan la seguridad de uno es vital para la participación en el deporte y servirá para mejorar la salud y la seguridad de los atletas y personas activas individuos.

La NMAA emplea el uso de la Monografía de evaluación física previa a la participación (PPE), 5.ª edición. La monografía de EPP fue desarrollada por la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, la Academia Estadounidense de Pediatría, el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, la Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, la Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y la Academia Estadounidense de Osteopatía de Medicina Deportiva. También cuenta con el respaldo de la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo y la Federación Nacional de Asociaciones de Escuelas Secundarias Estatales. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de la NMAA también respalda el uso de la 5.ª Monografía de EPP.

FORMULARIOS REQUERIDOS DE PPE NMAA

		Terminada
/	Información de emergencia (padre/tutor)	
/	*Formulario de Historia Médico (padre/tutor)	
/	*Physical Examination (HCP)	
/	Medical Eligibility (HCP)	
/	Consentimiento para tratar (padre/tutor)	
/	Conciencia de conmoción cerebral (padre/tutor/estudiante)	

*Los formularios de historial médico y examen físico deben permanecer con el padre/tutor y/o proveedor de atención médica, a menos que el padre/tutor proporcione una autorización por escrito para entregar los formularios a la escuela.

PARA PADRES

- ✓ El formulario de Historia Médico debe ser llenado en conjunto con su hijo o hija previo a la cita.
- ✓ Preste especial atención a las "Preguntas sobre la salud del corazón" que figuran en el formulario de historial médico.
- ✓ Los **formularios de historial médico** y **examen físico** deben permanecer con usted y/o su proveedor de atención médica a menos que se proporcione una autorización por escrito para divulgar esta información a la escuela.
- ✓ Devuelva todos los demás formularios a la escuela.

FOR SCHOOLS

- ✓ Schools should collect Emergency Information, Medical Eligibility, Consent to Treat, and Concussion Awareness forms.
- ✓ The Medical History and Physical Examination forms should NOT be collected unless written authorization is received from the parent/guardian.

NOTES FOR APPROVED HCP

- ✓ Healthcare providers should review Medical History prior to evaluation.
- Healthcare providers should complete and sign the Physical Examination and Medical Eligibility forms.
- ✓ **Medical Eligibility** form should be returned to the parent/guardian to submit to the school.
- ✓ **Physical Examination** form should be returned to the parent/guardian to secure.
- ✓ American Academy of Pediatrics Cardiac Screening Guidance:
 - Primary care providers should be aware of features of the clinical history, family history and physical examination suggestive of a risk for SCA/SCD.
 - A thorough history, family history and physical examination are necessary to begin assessing for SCA/SCD risk.
 - The ECG should be the first test ordered when there is concern for SCA risk. It should be interpreted by a medical provider trained in recognizing electrical heart disease.
 - Survivors of SCA and family members of those with SCA or SCD should have a thorough evaluation to assess for a
 potential genetic etiology.



fecha_

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

(Padre/Tutor, complete antes del examen)

NOMBRE (Ultimo, Primera, MI):	TIP							
Email: Cel-ULA:								
Calle Gluded Estado Zp	•							
Calle Ciudad Estado Zip				CELÚ	LA:			
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (se sepicable) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes disten estar cubiertos por un seguro de accidentes Alexandes artes de la participación) DEPORTES PARTICIPANTES (Marque sodo lo que correspondo) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Baskaball Baseball Bowling Football Cheer Golf Boance Volleyball Powerlifting Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmer y fechar)	DOMOCILIO:		Calle	Ciudad		Estado	Zip	
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (se sepicable) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes disten estar cubiertos por un seguro de accidentes Alexandes artes de la participación) DEPORTES PARTICIPANTES (Marque sodo lo que correspondo) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Baskaball Baseball Bowling Football Cheer Golf Boance Volleyball Powerlifting Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmer y fechar)							·	
TELÉFONO PRINCIPAL: TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL:	INFORMACIÓN DEL PADRE	/TUTOR #1						
EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (el es apóciable) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participacites deben estar cubiertos por un seguro de accidentes Aesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participación) DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Prootball Golf Soccer Golf Soccer Golf Soccer Golf Seguro Del Padre/Tutor (Imprimir, firmar y fechar)	NOMBRE (Último, Primera):							
DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (si es apticable) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los periopantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes fesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Golf Soccer Dance Softball Bowling Verificación Del Padre/Tutor (Imprimir, firmar y fechar)	TELÉFONO PRINCIPAL:			TELÉFONO DEL TR	ABAJO:			
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (si es aplicabile) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip DECOMPARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que correspondu) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Cheer Golf Tennis Wirestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	EMAIL:							
INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2 (st es aplicabile) NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubientos por un seguro de accidentes Resiones artes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubientos por un seguro de accidentes Resiones artes de la participación) DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Goffball Soccer Dance Goffball Volleyball Powerliffting Tranki/Field Wirestling Tracki/Field Werstling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	DOMOCILIO:							
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Contacto DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes fesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que correspondo) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)			Calle	Ciudad		Estado	Zip	
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Contacto DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO DEL TRABAJO: Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes fesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que correspondo) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	INFORMACIÓN DEL BADRE	TUTOR #2 /	si aa anliaahla)					
TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Trank/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)		/1010R #2 (8	я еѕ арпсаріе)					
EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Cludad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes flesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que coresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Track/Field Verificación DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)				TELÉFONO DEL TR	ARA IO:			
CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes //esiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Nomero de póliza Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)				TELLI ONO BEL III	ADAJO.			
CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip TELÉFONO DEL TRABAJO: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes //esiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Nomero Soccer Dance Softball Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)								
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes flesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Tennis Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	DOMOGILIO.		Calle	Ciudad		Estado	Zip	
NOMBRE (Último, Primera): TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes flesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Tennis Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)								
TELÉFONO PRINCIPAL: EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Tennis Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	CONTACTO DE EMERGENO	IA						
EMAIL: DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Dance Volleyball Powerlifting Trennis Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	NOMBRE (Último, Primera):							
DOMOCILIO: Calle Ciudad Estado Zip SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Trennis Swimming/Diving Track/Field VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	TELÉFONO PRINCIPAL:			TELÉFONO DEL TR	ABAJO:			
SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes //lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Swimming/Diving Trank/Field Wrestling Track/Field VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	EMAIL:							
SEGURO DEL PARTICIPANTE (Los participantes deben estar cubiertos por un seguro de accidentes /lesiones antes de la participación) Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Tennis Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	DOMOCILIO:							
Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Tennis Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)			Calle	Ciudad		Estado	Zip	
Compañía de seguros Número de póliza Identificación de grupo DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Tennis Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)								
DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Velleyball Powerlifting Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	SEGURO DEL PARTICIPANT	Γ E (Los participa	ntes deben estar cubiertos	por un seguro de accidentes /le	siones antes	de la participació	in)	
DEPORTES PARTICIPANTES (Marque todo lo que corresponda) Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Velleyball Powerlifting Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)								
Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Tennis Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	Compañía de seguros		Número de póliza		Identificaci	ón de grupo		
Otoño Invierno Primavera Otra Cross Country Basketball Baseball Bowling Football Cheer Golf Soccer Dance Softball Volleyball Powerlifting Tennis Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)								
□ Cross Country □ Basketball □ Bowling □ Football □ Cheer □ Golf □ Soccer □ Dance □ Softball □ Volleyball □ Powerlifting □ Tennis □ Swimming/Diving □ Track/Field □ Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	DEPORTES PARTICIPANTE	S (Marque todo l	o que corresponda)					
Football	Otoño		Invierno	Primavera				
Soccer Dance Softball Development Developm	☐ Cross Country	☐ Basket	tball	☐ Baseball		☐ Bowling		
□ Volleyball □ Powerlifting □ Tennis □ Swimming/Diving □ Track/Field □ Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	□ Football	☐ Cheer		☐ Golf				
Swimming/Diving Track/Field Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	□ Soccer	☐ Dance		☐ Softball				
□ Wrestling VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)	□ Volleyball	□ Power	lifting	☐ Tennis				
VERIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Imprimir, firmar y fechar)		☐ Swimn	ning/Diving	☐ Track/Field				
		☐ Wrestl	ing					
	VEDIEIO (0) Ó ()							
Imprimir nombre Firmar nombre	VERIFICACION DEL PADRE/1	UTOR (Imprir	mir, firmar y fechar)					
	Imprimir nombre			Firmar nombre				

Se debe colocar una copia de este formulario en el archivo médico del atleta y no se debe compartir con escuelas u organizaciones deportivas sin la autorización por escrito del padre/tutor.

El Formulario de elegibilidad médica es el único formulario que se debe presentar en una escuela u organización deportiva.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión	n de sus padres s					
Nombre:						
Fecha del examen médico:		Deporte(s):				
Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual):						
¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una op Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales	oción): □ Sí □ No □ Tres dos	is □ Fecha de la do	sis de refuerzo			
Mericione los padecimientos medicos pasados y activite.	s que naya lema	J				
¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta e previas.	•	•	as sus cirugías			
Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medico y nutricionales) que consume.			e venta libre y suplemer	ntos (herbolarios		
¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirm mento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de inse		ista de todas sus a	lergias (por ejemplo, a d	algún medica-		
Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ	- 41					
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia e.		no de los siguientes	problemas de salud? (E	ncierre en un		
círculo la respuesta)	perimeme aiger	io do los elgorellios	Más de la	Casi todos		
·	Ningún día	Varios días				
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3		
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3		
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3		
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3		
(Una suma ≥3 se conside [preguntas 1 y 2 o pregu	•	•				

(Dé cont	GUNTAS GENERALES una explicación para las preguntas en las que estó "Sí", en la parte final de este formulario. erre en un círculo las preguntas si no sabe la uesta).	Sí	No
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
	GUNTAS SOBRE SU SALUD DIOVASCULAR	Sí	No
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

	GUNTAS SOBRE SU SALUD DIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)	Sí	No
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electroc- ardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No est seguro,		ļ,	No		GUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS NTINUACIÓN)	Sí	N
 ¿Alguno de los miembros de su familio o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e 					20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte p ahogamiento o un accidente automovi inexplicables)?	oor lístico				21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
 ¿Alguno de los miembros de su familio padece un problema cardíaco genétic como la miocardiopatía hipertrófica (H 	0				22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		ľ
el síndrome de Marfan, la miocardiop arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQ síndrome del QT corto (SQTS), el sínd	atía TS), el rome				23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?		
de Brugada o la taquicardia ventriculo polimórfica catecolaminérgica (CPVT)	?		\downarrow		24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
 ¿Alguno de los miembros de su familio utilizó un marcapasos o se le implantó 					25.	¿Le preocupa su peso?		Г
desfibrilador antes de los 35 años? PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS					26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		T
ARTICULACIONES 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por esti		Sí		No	27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		T
lesión en un hueso, músculo, ligamento, o tendón que le hizo faltar a una prácti					28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		T
juego?					PREC	GUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL N/A	Sí	N
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, d ligamentos o de las articulaciones que molestia?					29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICA	\S	Sí		No	30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna difi					31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
para respirar durante o después de ho ejercicio?					32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo caso de los hombres), el bazo o cualq órgano?						orcione una explicación aquí para las pregunto ue contestó "Sí".	15 €	•n
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testícutiene alguna protuberancia o hernia de la zona inguinal?								
 ¿Padece erupciones cutáneas recurrent aparecen y desaparecen, incluyendo e Staphylococcus aureus resistente a la m (MRSA)? 	l herpes o							

Sí No

Sí No

© 2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

Firma del padre o tutor:

This form should be returned to the parent to secure and should not be shared with schools or sports organizations without written authorization from parent/guardian.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name:	Date of birth:

PHYSICIAN REMINDERS

- 1. Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - · Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- 2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4-Q13 of History Form).

EXAMINATION						
Height: Weight:						
	Vision: R 20/	L 20/	Correc	ted: 🗆 Y 🗆	. N	
MEDICAL				NORMAL	ABNORMAL I	FINDINGS
Appearance						
Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pector)		hnodactyly, hyperlax	ity,			
myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insuffici	ency)					
Eyes, ears, nose, and throat						
Pupils equal						
Hearing						
Lymph nodes						
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and	+ Valsalva massuus	rs)				
Lungs	± vaisaiva illalleuve	1)				
Abdomen						
Skin						
Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-	resistant Stanhylo	coccus aureus (MRS	(A) or			
tinea corporis	. consume Storpiny io	o como um como (i inte	., ,,,			
Neurological						
MUSCULOSKELETAL				NORMAL	ABNORMAL I	FINDINGS
Neck						
Back						
Shoulder and arm						
Elbow and forearm						
Wrist, hand, and fingers						
Hip and thigh						
Knee						
Leg and ankle						
Foot and toes						
Functional						
Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop of	or step drop test					
^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, refe	erral to a cardiologis	t for abnormal cardi	ac histor	y or examina	ation findings, o	r a combi-
nation of those.						
Name of health care professional (print or type):						
Address:			Phon	ne:		
Signature of health care professional:					, MD, DC	D, NP, or PA

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization. History and Physical Examination forms should not be shared with schools or sports organizations without written authorization from parent/guardian.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM			
Name:	Date of birth:		_
□ Medically eligible for all sports without restriction	on		
□ Medically eligible for all sports without restriction	on with recommendations for further evaluation or treatm	nent of	-
□ Medically eligible for certain sports			-
□ Not medically eligible pending further evaluation	on		-
□ Not medically eligible for any sports			
Recommendations:			=
			-
apparent clinical contraindications to practice examination findings are on record in my off arise after the athlete has been cleared for p	form and completed the preparticipation physical of the and can participate in the sport(s) as outlined or fice and can be made available to the school at the participation, the physician may rescind the medical ely explained to the athlete (and parents or guardi	n this form. A copy of request of the parents l eligibility until the pro	the p hysical s. If c onditions
Name of health care professional (print or type):		Date:	
Signature of health care professional:			, MD, DO, NP, or PA
SHARED EMERGENCY INFORMATION	N		
Allergies:			_
			-
Medications:			_
			-
			-
Other information:			_
			-
Emergency contacts:			-
			-
			_

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

NEW MEXICO ACTIVITIES ASSOCIATION

6600 PALOMAS AVE. NE ALBUQUERQUE, NM 87109 PHONE: 505-923-3110 FAX: 505-923-3114



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LA FORMA

El consentimiento de los padres para atletas menores generalmente se requiere para servicios de medicina deportiva, definidos como servicios que incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de heridas y enfermedades, junto con decisiones sobre el retorno a jugar después de una herida o enfermedad. Ocasionalmente, esos atletas menores requieren servicios de medicina deportiva antes, durante y después de su participación en actividades relacionadas con el deporte, y en circunstancias en las que un padre o tutor legal no está disponible de inmediato para proporcionar el consentimiento relacionado con la condición específica que afecta al atleta. En tales casos, puede ser imperativo para la salud y seguridad de los atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se brinden de inmediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor.

mediato, y que no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre / tutor. En consecuencia, como miembro de la Asociación de Actividades de Nuevo México (NMAA, por sus siglas en inglés), __ (nombre de la escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que un padre / tutor legal dé su consentimiento por escrito para la prestación de la medicina deportiva necesaria servicios a su atleta menor por parte de un proveedor médico calificado (QMP) empleado o designado por la escuela / distrito / NMAA, en la medida en que QMP lo considere necesario para evitar daños al estudiante / atleta. Se entiende que un QMP puede ser un entrenador atlético, un médico / médico osteópata, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia del estado de Nuevo México (o el estado en el que se encuentra el estudiante / atleta en el momento en que ocurre la herida / enfermedad) y quién está actuando de acuerdo con el alcance de la práctica bajo su licencia estatal designada y cualquier otro requisito impuesto por la ley de Nuevo México. En situaciones de emergencia, el QMP también puede ser un paramédico o un técnico médico de emergencias certificado, pero solo con el propósito de proporcionar atención y transporte de emergencia según lo estipulado por la regulación estatal y los protocolos permanentes, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego. POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE O TIPO "Yo, _ el abajo firmante, soy el padre / tutor legal de, ____, un menor y estudiante-atleta en___ (nombre de la escuela o distrito) que pretende participar en deportes y / o actividades interescolares. Entiendo que la escuela / distrito / NMAA puede emplear o designar QMP's (como se definió anteriormente) para proporcionar servicios de medicina deportiva (como también se definió anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades relacionadas con el deporte, y en ciertas ocasiones hay actividades relacionadas con el deporte realizadas fuera de las instalaciones de la escuela / distrito, durante las cuales otros QMP son responsables por proporcionar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente doy mi consentimiento a cualquier QMP para que preporcione servicios de medicina deportiva al menor mencionado anteriormente. El OMP puede tomar decisiones sobre el retorno al juego de acuerdo con el alcance de la práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Nuevo México lo limite. También entiendo que la documentación correspondiente a cualquier servicio de medicina deportiva que se preporciona al menor antes mencionado, puede ser mantenida por el QMP. Por la presente autorizo al QMP que preporciona dichos servicios al menor antes mencionado para que divulque dicha información sobre la herida / enfermedad, evaluación, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de vuelta al juego del atleta a aquellos que, según el criterio profesional del QMP, están obligados a tener dicha información para asegurar un tratamiento óptimo y una recuperación de la herida / enfermedad, y para proteger la salud y la seguridad del menor. Entiendo que tales divulgaciones se pueden hacer a los entrenadores de menores, al director deportivo, a la enfermera de la escuela, a cualquier maestro del salón de clases que tenga que proporcionar alojamiento académico para asegurar la recuperación y el retorno seguro de la actividad del estudiante atleta, y cualquier QMP que lo trate. Si el padre cree que el menor necesita más tratamiento o servicios de rehabilitación por la herida o enfermedad, el

menor puede ser tratado por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso a la actividad el mismo día después de una herida / enfermedad deben ser tomadas por el QMP empleado / designado por la escuela / distrito / NMAA."

Fecha:	Firma:	



CONMOCION EN DEPORTES

Una Hoja Informativa para Padres y Atletas

¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una concusión es una lesión que cambia cómo funcionan normalmente las células en el cerebro. Una conmoción cerebral es causada por un golpe en la cabeza o el cuerpo que hace que el cerebro se mueva rápidamente dentro del cráneo. Aún, un "tope de cabeza" o "sentirse como mareado," o lo que parece ser un mediano golpe en la cabeza pueden ser serios. Conmociones pueden ser el resultado de una caída o de jugadores chocándose con otro atletas o con obstáculos, como un poste.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN

Observado por el atleta

- Dolor de cabeza
- Nausea o vomitina
- Problemas de equilibrio o mareos.
- Visión doble o borrosa
- Molestado por luz
- Molestado por ruido
- Sentimiento moroso, taranteado o mareado Contesta preguntas despacio
- Problemas en prestando atención
- Problemas en recordando
- Confusión
- No "se siente bien"

Observados por los padres/ tutores

- Está confundido acerca de cesión o posición
- No está seguro del partido, el tanteo, o oponente
- movimiento torpe
- Falta conciencia (poco tiempo)
- Muestra los cambios de comportamiento o personalidad. No puede recordarse de lo que pasó después de una caída o un golpe
- Aparece atontado o aturdido

QUÉ HACER SI LAS SEÑALES/LOS SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL ESTÁN Atleta Pariente/ Tutor

- INMEDIATAMENTE, DIGALE A SU ENTRE-NADOR!
- Dígale a sus padres
- Busca atención Medical
- Darse tiempo para recuperar

- Busca atención de Medico
- Mantenga a su hijo fuera de juego
- Discutir un plan para volver a participación con su entrenador

Es mejor perder un partido que toda la temporada.

Tomase tiempo para recuperar. Si usted ha tenido una conmoción cerebral, tu cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro todavía esta sanando, es mucho mas probable a tener una segunda conmoción. Conmoción cerebral de Segundo o posterior puede causar daño al cerebro. Es importante descansar hasta la aprobación de un médico o un médico profesional para volver a jugar.

VOLVER A PAUTAS DE JUEGO EN SB38

- 1. Eliminar inmediatamente de la actividad cuando muestra señales o tiene síntomas.
- 2. No debe volver a la actividad antes de un mínimo de 240 horas (10 días).
- 3. Liberación de un médico profesional requerido para el retorno. Siga el retorno del distrito escolar para reproducir las pautas.
- 4. Entrenadores continúan supervisar para las muestras/síntoma desde atléticos vuelva a actividad.

Los estudiantes necesitan descanso cognitiva desde el aula, los mensajes de texto, teléfonos celulares, etc.

REFERENCIAS EN EL PROYECTO DE LEY SENADO 38 Y LESIONES CEREBRALES

Senate Bill 38:

https://www.nmlegis.gov/Sessions/17%20Regular/final/SB0038.pdf

Para más información sobre lesiones cerebrales consulte los siguientes sitios web:

https://nfhslearn.com/courses/concussion-for-students

http://www.nfhs.org/resources/sports-medicine

https://www.cdc.gov/heads-up/index.html

http://www.stopsportsinjuries.org/concussion.aspx

http://www.ncaa.org/health-and-safety/medical-conditions/concussions









FIRMAS

Al firmar abajo, el padre / quardián y el atleta reconocen lo siguiente:

- ♦ Ambos han recibido y revisado la hoja de datos de Atletismo y Padres de la NMAA en Concussión en Deportes.
- Ambos comprenden los riesgos de lesiones cerebrales asociadas con la participación en la actividad atlética de la escuela, y son conscientes de la Ley del Estado del Senado de Nuevo México 38; Ley de concusión.
- ♦ El atleta ha recibido entrenamiento de lesión cerebral de acuerdo con la Ley 38 del Senado.

Firma de Atleta	Escriba Nombre	Fecha	
Firma de Padres/ Tutor	Escriba Nombre	Fecha	