

HISTORY FORM

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the provider. The provider should keep this form in the medical record.)

Date of Exam: _____

Name: _____

Date of birth: _____

Sex: _____ Age: _____ Grade: _____ School: _____

Sport(s): _____

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking.

Do you have any allergies? Yes No If yes, please identify specific allergy below.

Medicines Pollens Foods Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you do not know the answers to.

GENERAL QUESTIONS		
1. When was the student's last complete physical or "checkup?" Date: Month/ Year ____/____/____ (Ideally, every 12 months)	YES	NO
2. Has a doctor or other health professional ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below.		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU		
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected, or get tired more quickly than your friends or classmates during exercise?		
11. Have you ever had a seizure?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY		
12. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident or sudden infant death syndrome)?		
13. Does anyone in your family have a pacemaker, an implanted defibrillator, or heart problems like hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?		

BONE AND JOINT QUESTIONS	YES	NO
14. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament or tendon that caused you to miss a practice, game or an event?		
15. Do you have a bone, muscle or joint problem that bothers you?		
MEDICAL QUESTIONS		
16. Do you cough, wheeze or have difficulty breathing during or after exercise?		
17. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
18. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen or any other organ?		
19. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems such as herpes or MRSA skin infection?		
20. Have you ever had a head injury or concussion?		
21. Have you ever had numbness, tingling, or weakness, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
23. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
24. Have you, or do you have any problems with your eyes or vision?		
25. Do you worry about your weight?		
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of food?		
28. Have you ever had an eating disorder?		
29. Do you have any concerns that you would like to discuss today?		
FEMALES ONLY		
30. Have you ever had a menstrual period?	YES	NO
31. How old were you when you had your first menstrual period? _____		
32. How many periods have you had in the last 12 months? _____		

Explain "yes" answers here: _____

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

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."

Form adapted from ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser rellenado por el paciente y el padre o madre antes de ver al proveedor. El proveedor debe tener este formulario en el expediente médico).

Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Deportes: _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.

Medicamentos Pólenes Alimentos Picaduras de insectos

Explicar las respuestas afirmativas a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.

PREGUNTAS GENERALES		
1. ¿Cuándo fue el último examen completo o "chequeo" del estudiante? Fecha: Mes / año _____ / _____ (Idealmente, cada 12 meses)	SÍ	NO
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece alguna condición médica actualmente? Si es así, por favor identifique la a continuación.		
4. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		
5. ¿Se ha desmayado alguna vez o casi se desvaneció DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez le latió el corazón demasiado rápido u omitió pulsaciones (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma, ecocardiograma)		
10. ¿Se marea o tiene más dificultades para respirar de lo esperado o se cansa usted más rápido que sus amigos o compañeros de clase durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		
12. ¿Tiene usted algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o una muerte súbita inesperada antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidentes inexplicables o el síndrome de muerte súbita del lactante)?	SÍ	NO
13. ¿Tiene alguien de su familia un marcapasos, un desfibrilador implantado o problemas del corazón como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES		SÍ	NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que se perdiera una práctica, un juego o un evento?			
15. ¿Tiene problemas de huesos, músculos o articulación que le moleste?			
PREGUNTAS MÉDICAS		SÍ	NO
16. ¿Sufre de tos, sibilancias (jadeos) o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?			
17. ¿Ha usado alguna vez un inhalador o toma medicamentos para el asma?			
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo u otro órgano?			
19. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de piel como herpes o la infección cutánea MRSA?			
20. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo craneal o conmoción cerebral?			
21. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo o sensación de debilidad, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?			
22. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?			
23. ¿Tiene usted o un familiar rasgo de células falciformes o la enfermedad?			
24. ¿Tiene o tuvo problemas con los ojos o la visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó que gane o pierda peso?			
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?			
29. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar hoy?			
SOLO A LAS MUJERES		SÍ	NO
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?			
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____			
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____			

Explique aquí sus respuestas afirmativas: _____

Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1(3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médica con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".
 Formulario adaptado de ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para