Solicitud de Atletism para Estudiantes-Atletas

PAQUETE COMPLETO DE EVALUACIÓN FÍSICA

COMPLETE EL SIGUIENTE PAQUETE SI EL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO DEL ESTUDIANTE-ATLETA FUE MÁS DE 365 DÍAS DESDE EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICA.

HAY DOS PARTES EN LA SOLICITUD DE ATLETISMO DEL DISTRITO ESCOLAR DE MANASQUAN:

EN LÍNEA:

Visite el Portal para Padres de Genesis y seleccione la pestaña "Formularios". Verás disponible una aplicación específica para la temporada deportiva. Esta solicitud solo se puede completar una vez por estudiante-atleta por temporada. En la solicitud en línea se incluyen los siguientes componentes:

1. SOLICITUD Y ACUERDO DEPORTIVO
2. PREGUNTAS SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO
3. POLÍTICA DE PRUEBAS DE ESTEROIDES DE NJSIAA
4. POLÍTICA DE CONMOCIONES CEREBRALES DE NJSIAA
5. POLÍTICA DE MUERTE SÚBITA CARDÍACA DE LA NJSIAA
6. POLÍTICA DE OPIOIDES DE NJSIAA
7. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

PAPEL:

Todos los estudiantes que planean participar en deportes deben tener un examen físico deportivo completo por año. De acuerdo con el N.J.A.C. 6A:16-2.2 et.seq. Cada candidato para un equipo atlético escolar debe someterse a un examen médico dentro de los 365 días anteriores a la primera sesión de práctica. Se deben utilizar los formularios dentro de este paquete, proporcionados por Manasquan y NJSIAA. No se aceptan sustitutos, como notas del médico u otras formas físicas. Las evaluaciones físicas deben ser completadas y firmadas por un médico con licencia para ejercer la medicina (MD, DO), una enfermera practicante o un asistente médico que trabaje con un médico. Si tiene lentes correctivos, tráigalos con usted, ya que se requiere un examen de la vista para participar en deportes.

- FORMULARIO DE HISTORIA (págs. 2-3) Completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor antes de la cita / mantenido por el médico.
- FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO (p. 4) Completado y firmado por el médico / conservado por el médico.
- FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA (p. 8) Completado y firmado por el médico / devuelto a la escuela.

Formularios adicionales, si es necesario:

- FORMULARIO DE ATLETAS CON DISCAPACIDADES (p. 5) Completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor / mantenido por el médico.
- AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS (p. 7) Firmada por el padre/tutor y el proveedor médico/regresó a la escuela.

Una vez completado y firmado apropiadamente, solo el FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA (p. 8) debe ser devuelto a la escuela, así como el formulario de Autorización de Medicamentos (p. 7) si es necesario. El proveedor de atención médica debe conservar el Formulario de Historial, el Formulario de Examen Físico y el Formulario de Atletas con Discapacidades y no devolverlos a la escuela. La documentación médica debe entregarse en su forma original. No se aceptarán documentos enviados por correo electrónico o fax. La enfermera de la escuela y el médico de la escuela evaluarán el examen. Cualquier omisión puede retrasar el proceso de preparticipación. Espere una semana para que el médico de la escuela apruebe el examen físico.

PUEDE VERIFICAR EL ESTADO DE AUTORIZACIÓN DE SU ESTUDIANTE EN GENESIS EN LA PESTAÑA "ATLETISMO".

Si tiene alguna pregunta sobre estas instrucciones, diríjalas a:
Oficina de Atletismo del Distrito Escolar de Manasquan: 732-528-8820 x1022

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis ☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

_____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los 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 considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	**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?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (*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, electrocardiografía (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 está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		**Sí**	**No**
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		**Sí**	**No**
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)		Sí	No
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?			
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?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	**No está seguro/a**		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	**N/A**	**Sí**	**No**
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

SIGN HERE

© 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.

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

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:		
BP: / (/) Pulse: Vision: R 20/ L 20/ Corrected: ☐ Y ☐ N		
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose ☐ Third dose ☐ Booster date(s) _____		
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart[a] • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	**NORMAL**	**ABNORMAL 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 or step drop test		

[a] Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

SIGN HERE

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, 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.

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name:_____ Date of birth: _____

1. Type of disability:
2. Date of disability:
3. Classification (if available):
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):
5. List the sports you are playing:

	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

_____

_____

_____

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

_____

_____

_____

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

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

SIGN HERE

© 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.

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Antes de que las enfermeras escolares administren cualquier medicamento, la oficina de salud deberá tener archivado un Formulario de Autorización de Medicamentos para el estudiante involucrado, preparado por el prescriptor autorizado que atiende al estudiante de conformidad con el Manasquan procedimientos del Distrito Escolar, y firmados por el padre/tutor del estudiante.

Siempre que sea posible, el padre/tutor debe planificar que los medicamentos se administren en casa, antes y/o después del horario escolar. En situaciones en las que la salud de un estudiante podría verse comprometida por no recibir medicamentos durante el horario escolar, se deben seguir los procedimientos del distrito escolar para administrar todos los medicamentos.

1. Los medicamentos se definen como medicamentos recetados o de venta libre (de venta libre), incluidas las vitaminas y los suplementos.

2. La administración de cualquier medicamento requiere tanto la orden escrita de un médico como el permiso firmado por los padres.

3. Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por una farmacia o un médico. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original, sellados y sin abrir con la etiqueta del fabricante, claramente marcados con el nombre del estudiante.

4. Es responsabilidad de los padres/tutores llevar el medicamento a la escuela.

5. odos los medicamentos que se tomen durante el horario escolar se guardarán en la oficina de la enfermera escolar. Es responsabilidad del estudiante presentarse en la oficina de la enfermera en el momento adecuado para recibir su medicamento. A los estudiantes se les permite llevar y autoadministrarse medicamentos para el asma o pueden usar un autoinyector de epinefrina para la anafilaxia solo después de que se notifique a la escuela, el padre/tutor y el médico del estudiante hayan firmado el Formulario de autorización de medicamentos y haya sido aprobado por nuestro médico escolar.

6. El padre/tutor debe asumir la responsabilidad de informar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambio en la medicación. Cualquier cambio de medicamento debe ir acompañado de una orden médica.

7. Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor en o antes del último día de clases. Los medicamentos que no se recojan serán desechados. La autorización de medicamentos debe renovarse, si es necesario, cada año escolar.

8. El distrito escolar no puede dispensar medicamentos sin que el Formulario de Autorización de Medicamentos haya sido recibido, revisado y aprobado. Es aconsejable completarlo y enviarlo por correo a la Oficina de la Enfermera Escolar en agosto para el próximo año escolar.

Tenga en cuenta: Cualquier información que falte en el Formulario de Autorización de Medicamentos lo dejará incompleto y será devuelto al padre/tutor para su corrección, lo que puede retrasar la implementación de un plan de tratamiento farmacológico

MANASQUAN SCHOOL DISTRICT

Si es necesario, debe ser completado y firmado por el padre/tutor y el médico y devuelto a la escuela. Tenga en cuenta: Las plumas episcópicas y los inhaladores deben ir acompañados de un Plan de Acción de Emergencia, que se puede encontrar en nuestro sitio web de Servicios de Salud.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Nombre del padre/tutor: _____

de contacto: _____

Solicito (nosotros) autorización y consentimiento para que la enfermera de la escuela administre medicamentos a mi hijo, mientras está en la escuela, según lo prescrito por nuestro médico privado. Por la presente, el BOE de Manasquan informa a los padres del niño mencionado que el distrito no incurrirá en responsabilidad como resultado de ninguna lesión por automedicación. Por la presente firmo que he leído la declaración anterior y eximiré de responsabilidad a la MBOE contra cualquier lesión o reclamo que surja como resultado de la autoadministración de mi hijo.

Firmado_____ Date_____ SIGN HERE

A SER LLENADO POR EL MÉDICO (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN)

Diagnosis: _____Name of Medication: _____

Dosage, Form & Time: _____

If given prn, describe indications: _____ When can it be repeated? _____

Significant side effects include: _____

Is this medication for a life-threatening illness? _____ Is the child authorized to self- administer? ____

Has the child been trained by the healthcare provider? _____

Length of time this order is valid (may NOT exceed school year): _____

Physician's Signature: _____ Date: _____ SIGN HERE

Physician's Stamp:

APROBACIÓN DEL MÉDICO DE LA ESCUELA (APPROVAL OF SCHOOL PHYSICIAN)

I have reviewed the above request and authorize the school nurse to administer the prescribed medication as ordered during school hours.

School Physician's Signature _____ Date: _____

Formulario de Elegibilidad Médica de Evaluación Física Previa a la Participación

El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe enviarse a la escuela.
Debe mantenerse en el archivo con el registro de salud de la escuela del estudiante.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- o Medically eligible for all sports without restriction
- o Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- o Medically eligible for certain sports
- o Not medically eligible pending further evaluation
- o Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____ Office stamp (optional) SIGN HERE

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____ SIGN HERE

Shared Health Information

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.

**This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.*