



**CABRILLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CUNHA INTERMEDIATE SCHOOL
FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO DEPORTIVO**

DEPORTES: (otoño) _____ (invierno) _____ (primavera) _____

Nombre _____ Grado _____ Masculino _____ Femenino _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Ciudad y hogar _____

Dirección _____ Código postal _____

Teléfono _____

Nombre de

Padre / Tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Nombre de

Madre / Tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Teléfono de emergencia _____

Contacto _____ Número _____ El Seguro _____

Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente (hijo / hija / pupilo) compita en deportes y vaya con un representante de la escuela en cualquier viaje. En caso de lesión, está autorizado a recibir tratamiento.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD: PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES ANTES DEL EXAMEN DEL MÉDICO: TENGA EN CUENTA QUE ESTA PARTE ES OPCIONAL Y NO TIENE QUE SER COMPLETADA PARA OBTENER COMPLETO FÍSICO (INFORMACIÓN CONFIDENCIAL)

Cualquier pasado o presente: Si No	Si No
Problemas de visión _____	Cirugías _____
Anteojos _____	Problemas dentales _____
Contactos _____	frenillos _____
Problemas de audición _____	dentadura postiza _____
Audífono _____	Dolor en las articulaciones _____
Desmayo o desmayo _____	Huesos rotos _____
Pérdida del conocimiento _____	Parte, fecha _____
Convulsiones, convulsiones _____	Problemas de rodilla o tobillo _____
Problemas cardíacos _____	Requiere apoyo / corsé _____
Fiebre reumática _____	Necesidad de medicamentos _____
Trastornos hemorrágicos _____	Nombre _____
Problemas de azúcar en sangre _____	Problemas de menstruación _____
Hipoglucemia _____	Hernias _____
Diabetes _____	Asma _____
Alergias - tipo _____	OTROS ASPECTOS DE SALUD EL MÉDICO Y LA ESCUELA DEBE TENER EN CUENTA:
Picaduras de abejas o insectos _____	_____
Hospitalizaciones _____	_____

EXAMEN FÍSICO: ALTURA _____ PESO _____

PULSO: DESCANSO _____ DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD _____ B.P. _____

OJOS _____	GLÁNDULAS LINFÁTICAS _____	POSTURA _____
OÍDOS _____	TIROIDES _____	TONO MUSCULAR _____
NARIZ _____	CORAZÓN _____	REFLEJOS _____
GARGANTA _____	PULMONES _____	ORTOPÉDICO _____
DIENTES _____	ABDOMEN _____	PIEL _____
TIRANTES _____	HERNIA _____	OTROS _____

He examinado al estudiante anterior y recomiendo que esté en buena forma física para participar plenamente en los deportes.

Nombre del médico _____ MD o DO Fecha _____

Firma _____ Número de teléfono _____

Recomendaciones o restricciones médicas especiales
