

New Jersey Department of Education
Departamento de Educación de Nueva Jersey
ATHLETIC PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION FORM
FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE PARTICIPAR EN PROGRAMAS DEPORTIVOS

Part A: HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE
Parte A: CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD

(To be completed by the parent and student)
(Para ser completado por uno de los padres y el estudiante)
(Pursuant to N.J.A.C. 6A:16 Programs to Support Student Development)
(De conformidad con N.J.A.C. 6A:16 Programas de Apoyo al Desarrollo del Estudiante)

Today's Date/ Fecha de hoy: _____ Date of Last Physical/ Fecha último examen físico: _____

Student's Name/Nombre del estudiante _____ Sex/Sexo: M F (circle one/ marca uno)

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Grade/Grado: _____

Home Phone Teléfono de la Casa: _____ School/Escuela: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Name/Nombre: _____ Relationship to student/Relación: con el estudiante

Phone/Teléfono (work/trabajo): _____ Phone/Teléfono (home/casa): _____ Phone/Teléfono (cell/celular): _____

Directions: Please answer the following questions about your medical history. Explain "yes" answers at the bottom of the page.

Instrucciones: Por favor contesta las siguientes preguntas acerca de tu historia médica. Explica las respuestas que contestaste "sí" al final de la página.

1. Have you had or do you currently have:

Has tenido o actualmente tienes:

- | | |
|--|---|
| a. A sports physical within the past 365 days?
<i>¿Un examen físico para participar en deportes en los últimos 365 días?</i>
Sí / No / No Sé | Yes / No / Don't Know |
| b. An injury or illness since your last exam?
<i>¿Una lesión o enfermedad desde tu último examen médico?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| c. A Chronic or ongoing illness (such as diabetes or asthma)?
<i>¿Una enfermedad crónica o continua? (tal como diabetes o asma)?</i> | Yes / No / Don't Know |
| 1. use an inhaler or other prescription medication to control asthma?
<i>¿Usas un inhalador u otro medicamento recetado para controlar el asma?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| d. Any prescribed or over the counter medications that you take on a regular basis?
<i>¿Algún medicamento recetado por tu médico o un medicamento sin receta que tomas regularmente?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| e. Surgery, hospitalizations, or any emergency room visit(s)?
<i>¿Cirugía, hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No |
| f. Any allergies to medications?
<i>¿Alergias a medicamentos?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| g. Any allergies to bee stings, pollen, latex, or food?
<i>¿Alergias a picaduras de abejas, polen, látex, o alimentos?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| 1. type of reaction: rash, hives, or skin condition? (circle all that apply)
<i>¿Tipo de reacción: salpullido, urticaria, o condición de la piel?(marque las que apliquen)</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| 2. take any medication/epipen taken for allergy symptoms?(List below)
<i>¿Tomas algún medicamento/epipen para los síntomas de alergia? (enumera abajo)</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |
| h. Any anemias or blood disorders?
<i>¿Anemia o algún trastorno de la sangre?</i> | Yes / No / Don't Know
Sí / No / No Sé |

Sé

Explain “Yes” Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste “sí” (Incluye fechas):

2. Have you had or do you currently have any one of the following *head-related* conditions since your last physical:

¿Has padecido o actualmente padeces alguna de las siguientes condiciones relacionadas con la cabeza desde tu último examen físico:?

a. Concussion requiring a physician's evaluation?

¿Concusión que requiere una evaluación de un médico?

1. How often and when? (answer below)

¿Con cuanta frecuencia y cuándo?(responde abajo)

b. Memory loss or been knocked out?

¿Pérdida de la memoria o del conocimiento?

c. A seizure?

¿Convulsiones?

d. Frequent or severy headaches?

¿Dolores de cabeza frecuentes o severos?

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Explain “Yes” Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste “sí” (Incluye fechas):

3. Have you or do you currently have any of the following *Heart-related* conditions since your last physical:

¿Has padecido o actualmente padeces alguna de las siguientes condiciones relacionadas al corazón desde tu último examen físico:?

a. Chest pain?

¿Dolor en el pecho?

b. Heart murmur?

¿Un soplo en el corazón?

c. High blood pressure or elevated cholesterol level?

¿Presión arterial elevada o nivel de colesterol elevado?

d. Restrictions from sports for heart problems?

¿Restricciones para practicar deportes por problemas del corazón?

e. Any family member or relative:

Algún miembro de la familia o pariente:

1. Died of a heart problem before age 35?

¿Murió por un problema del corazón antes de los 35 años de edad?

2. Died of a heart problem before age 50?

¿Murió por un problema del corazón antes de los 50 años de edad?

3. Died with no known reason?

¿Murió sin haber una razón conocida?

4. Died while exercising? During or after?

¿Murió mientras estaba haciendo ejercicio? Durante o después?

5. Have Marfan's syndrome?

¿Sufre del Síndrome de Marfán?

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No sé

Explain “Yes” Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste “sí” (Incluye fechas):

4. Have you had or do you currently have any of the following eye, ear, nose, mouth, or throat conditions since your last physical:

¿Has padecido o actualmente padeces alguna de las siguientes condiciones de los ojos, oído, nariz, boca, o garganta desde tu último examen físico?

a. Vision problems?

¿Problemas con la vista?

1. Wear contacts, eyeglasses or protective eyewear? (circle which type)

¿Usas lentes de contacto, anteojos o gafas protectoras? (marca el tipo)

b. Hearing loss or problems?

¿Pérdida o problemas de audición?

1. wear hearing aides or implants?

¿Usas audífonos o implantes?

c. Nasal fractures or have frequent nosebleeds?

¿Fracturas en la nariz o sangrado frecuente de la nariz?

d. Wear braces, retainer, or protective mouth gear?

¿Usas aparatos correctores en los dientes o aparatos protectores para la boca?

e. Frequent strep or any other conditions of the throat (e.g. tonsillitis)?

¿Infecciones frecuentes por estreptococos o cualquier otra condición de la garganta? (por ej. Amigdalitis)

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Sé

Explain "Yes" Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste "sí" (Incluye fechas):

5. Have you had or do you currently have any of the following neuromuscular/orthopedic conditions since your last physical:

¿Has padecido o actualmente padeces algunas de las siguientes condiciones neuromusculares/ortopédicas desde tu último examen físico?

a. Been told you had a burner, stinger, or pinched nerve?

¿Te han dicho que tienes un nervio comprimido?

b. A sprain?

¿Un esguince?

c. A strain?

¿Una distensión?

d. Swelling or pain in muscles, tendons, bones or joints?

¿Hinchazón o dolor en los músculos, tendones, huesos, o articulaciones?

e. A dislocated joint?

¿Dislocación de una articulación?

f. Upper or Low back pain?

¿Dolor en la parte inferior o superior de la espalda?

g. Fracture(s) or stress fracture(s)?

¿Fractura(s) o fractura(s) por sobrecarga?

h. Do you wear any protective braces or equipment for any prior injury?

lesión herida previa?

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

Yes / No / Don't Know

Sí / No / No Sé

/ No Sé

Explain "Yes" Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste "sí" (Incluye fechas):

6. Have you had or do you currently have any of the following *general or exercise related conditions* since your last physical:
¿Has padecido o actualmente padeces alguna de las siguientes condiciones generales o relacionadas con el ejercicio desde tu último examen físico?

- | | |
|--|------------------------------|
| a. Difficulty breathing? (During exercise) | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Dificultad para respirar? (Durante el ejercicio)</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 1. after running 1 mile? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿después de correr una milla?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 2. coughing, wheezing, or shortness of breath in weather changes? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿tos, jadeo, o falta de aire cuando cambia el clima?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 3. exercise induced asthma? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿asma inducido por el ejercicio?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| i. controlled with medication? (list below) | Yes / No / Don't Know |
| <i> ¿esta controlado con medicamentos? (enuméralos abajo)</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| ii. experience dizziness, passing out, or fainting? | Yes / No / Don't Know |
| <i> ¿haz sufrido de mareos o desmayos?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| b. Viral infections (e.g. mono, hepatitis)? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Infecciones virales (por ejemplo mononucleosis, hepatitis)?</i> | <i>Sí / No / No</i> |
| c. Become tired more quickly than your friends? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Te cansas más rápido que tus amistades?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| d. Any of the following skin conditions: | |
| <i>Alguna de las siguientes condiciones de la piel:</i> | |
| 1. acne, contact dermatitis, ringworm, warts, herpes? | Yes / No / Don't Know |
| <i>Acné, dermatitis por contacto, tiña, verrugas, herpes?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 2. sun sensitivity? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Sensibilidad a los rayos del sol?</i> | <i>Sí / No / No</i> |
| e. Weight gain/loss (greater than or less than 10 pounds)? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Aumento/pérdida de peso (mayor o menor que 10 libras)</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| f. Ever had feelings of depression? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Te has sentido deprimido(a) alguna vez?</i> | <i>Sí / No / No</i> |
| g. Heat related problems (dehydration, dizziness, fatigue, headache)? | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Problemas relacionados al calor (deshidratación, mareos, fatiga, dolor de cabeza)?</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 1. heat exhaustion? (cool, clammy, damp skin) | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Agotamiento por calor? (piel fría, húmeda, o mojada)</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |
| 2. heat stroke? (hot, red, dry skin) | Yes / No / Don't Know |
| <i>¿Insolación? (piel caliente, roja, seca)</i> | <i>Sí / No / No Sé</i> |

Sé

7. Females only/Solo para mujeres:

Age of onset of menstruation/ Edad cuando tuviste la primera menstruación: _____

Date of last menstruation/ Fecha de la última menstruación: _____

Most number of days between menstruation cycle(s)/ mayor número de días entre ciclos menstruales: _____

Explain "Yes" Answers Here (Include Dates) Explica aquí las que contestaste "sí" (Incluye fechas):

I certify that the information provided herein is accurate as of the dated of these signatures.

Certifico que la información proporcionada en este cuestionario es correcta a la fecha de estas firmas:

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Firma de uno de los Padres/ Tutores: *Fecha:*

Rev 2/04