

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

Paquete de formularios de Pre-participación 2026-27

Revisado: 24 de abril de 2026 (Krogstrand)



Contenido:

- Formulario de consentimiento de la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska (NSAA)
- Formulario de información de seguro médico de las Escuelas Públicas de Omaha
- Recomendación médica de las Escuelas Públicas de Omaha y NSAA, liberación de la recomendación del médico por parte de los padres/estudiante y formulario de información médica compartida
- Hoja de información sobre conmociones cerebrales de las Escuelas Públicas de Omaha y formulario de reconocimiento
- Formulario de historial de salud de pre-participación de las Escuelas Públicas de Omaha y NSAA (el médico del estudiante se lo debe quedar)
- Formulario de examen físico previo a la participación de las Escuelas Públicas de Omaha y NSAA (el médico del estudiante se lo debe quedar)

PARA EL PERSONAL DE LA ESCUELA:

- Asegúrese de que todos los formularios con el LOGOTIPO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA estén firmados, completos y devueltos antes de permitir que un atleta participe. Los participantes de **eSports** solo deben completar la primera página: "Formulario de consentimiento de estudiantes y padres"
- Solo aquellos con el logotipo de OPS en la esquina superior derecha deben ser guardados por la escuela. Devuelva toda la demás documentación al estudiante o deseche cualquier información adicional entregada.

**Formulario de consentimiento de
estudiantes y padres**



Año escolar: 20____-20____
Nombre de la escuela: _____
Nombre del estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Nombre del padre, tutor o persona encargada: _____
Relación con el estudiante del padre/tutor/persona encargada: _____
Dirección del estudiante y padre/tutor: _____

Los abajo firmantes son el estudiante y los padres, tutores o personas a cargo del estudiante mencionado anteriormente y se denominan colectivamente "Padres".

El padre y el estudiante al firmar este documento aceptan:

- (1) Comprender y aceptar que la participación en actividades patrocinadas por la NSAA es voluntaria por parte del estudiante y es un privilegio y entiendo y estoy de acuerdo que (a) por medio de este formulario de consentimiento el NSAA ha provisto un aviso de la existencia de peligros potenciales asociados con la participación en deportes y actividades; (b) la participación en cualquier actividad puede involucra una lesión o enfermedad de algún tipo, incluyendo la exposición a enfermedades transmisibles, y aun lesiones catastróficas, paralización y la muerte; y (c) aun con la mejor supervisión, el uso del mejor equipo de protección y con el seguir las reglas estrictas, las lesiones pueden todavía ser una posibilidad;
- (2) El consentimiento y la aceptación de la participación del estudiante en las actividades de la NSAA sujetas a (a) todos los estatutos e interpretación de las reglas de NSAA incluyendo límites en transferencias y límites en el use del nombre del estudiante, imagen, y apariencia cuando están usando el uniforme escolar o participando en actividades comerciales asociadas a la participación del estudiante en las actividades de NSSA; y (b) las reglas de actividades y deportes de la escuela miembro;
- (3) El consentimiento y la aceptación de la divulgación a la NSAA por parte de la escuela miembro, y la subsiguiente divulgación por parte de la NSAA de información sobre el estudiante incluyendo información de directorio u otras políticas similares, y cualquier otros registros o documentación relacionada para determinar la elegibilidad del estudiante y la conformidad necesaria para participar en las actividades de NSAA;
- (4) Comprender que (a) previo a la participación deportiva, un formulario de liberación de pre-participación firmado por un profesional del cuidado de la salud debe ser entregado a la escuela miembro y (b) para propósitos de determinar la aptitud física para participar, lesión, estado de la lesión o respuesta de emergencia, los padres serán requeridos a dar consentimiento a la liberación de expedientes confidenciales médicos o información. Los expedientes e información compartida para este propósito no serán compartida con ninguna entidad fuera del proveedor médico, la escuela miembro o NSSA.
- (5) El consentimiento y la aceptación (a) a autorizar al personal con licencia o entrenados incluyendo en lesiones deportivas a evaluar y tratar cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante la participación del estudiante en las actividades de la NSAA. Esto incluye toda la atención razonable y necesaria, el tratamiento y la rehabilitación para estas lesiones la cual es disponible por la escuela miembro y/o NSAA, incluyendo el transporte del estudiante a un centro médico, si es necesario; y (b) los padres están obligados a pagar por servicios médicos profesionales y / o relacionados; la NSAA y la escuela miembro no serán responsables por el pago de dichos servicios aun cuando si son disponible por la escuela miembro o NSAA.
- (6) Comprender que el estudiante o su apariencia al ser fotografiado, grabado en video, grabado en audio, o ser grabado por cualquier otro medio mientras participa en las actividades de NSAA y competencias, y que cualquiera de esas grabaciones puede ser usada para la transmisión, venta o exhibición.
- (7) El consentimiento y la aceptación a acatar las políticas y practicas publicadas en la Política de la Junta Directiva de las Escuelas Publicas de Omaha, Código de Conducta Estudiantil, Política de Elegibilidad Académica, incluyendo el Programa de Apoyo Académico y otros Reglamentos del Manual aplicables.

Reconozco que he leído los párrafos anteriores (1) al (7), comprendo y acepto los términos de estos, incluyendo la advertencia del riesgo potencial de lesión ligado a la participación en actividades deportivas.

_____ Nombre del estudiante [letra de molde]	_____ Firma del estudiante	_____ Fecha
_____ Nombre del padre/tutor [letra de molde]	_____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
Información sobre el seguro de salud



Para participar en deportes para las Escuelas Públicas de Omaha, todos los atletas deben demostrar que tienen cobertura de seguro de salud.

Nuestro distrito escolar, en conjunto con la compañía de seguros K & K, proporciona cobertura de seguro estudiantil para aquellos que pueden optar por inscribirse para completar este requisito. La prima total de este seguro debe ser pagada por el estudiante o el padre/tutor. El propósito de esta cobertura es ayudar en el costo del tratamiento de lesiones accidentales que pueden ocurrir en el ámbito de la participación atlética. Los pagos de *K & K Insurance* deben considerarse de naturaleza "secundaria" y se realizan en conjunto con cualquier pago de otra compañía de seguros por la misma lesión.

Ya sea a través de la compañía *K & K Insurance*, o a través de la cobertura de seguro de salud personal / privado se debe proporcionar prueba de seguro como se indica a continuación antes de que se permita a un estudiante participar en el programa de atletismo de las Escuelas Públicas de Omaha. La información del seguro de K & K y las opciones de inscripción se pueden encontrar en www.studentinsurance-kk.com.

Nombre del atleta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Marque la oración que corresponda:

_____ **El estudiante mencionado anteriormente participará en el Plan de Lesiones de Beneficios Atléticos ofrecido por *K & K Insurance*.**

Número de póliza de seguro de	
--------------------------------------	--

_____ **El estudiante mencionado anteriormente tiene cobertura de seguro de salud a través de otra compañía como se detalla a continuación:**

Compañía de Seguros:	
Número de póliza:	

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____



Nombre del atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Sexo: _____

Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción

Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción, con recomendaciones para la evaluación o tratamiento adicional de

Medicamento elegible solo para ciertos deportes (lista a continuación):

Medicamento NO es elegible. En la espera de una valuación adicional

Medicamento NO es elegible para ningún deporte

Recomendaciones:

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la presentación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el(los) deporte(s) como se describe en este formulario. Una copia de los hallazgos del examen físico está archivada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de salud (letra imprenta o de molde): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de salud: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA – Para Fines Escolares/Información

Alergias:

Medicamentos:

Otra información:

Contactos de emergencia:

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA– HOJA INFORMATIVA SOBRE CONMOCIONES CEREBRALES PARA ESTUDIANTES



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que:

- Es causada por una colisión, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo
- Puede cambiar la forma en que el cerebro funciona normalmente
- Puede ocurrir durante prácticas o juegos en cualquier deporte o actividad recreativa
- Puede suceder incluso si no ha sido noqueado
- Puede ser grave incluso si acaba de ser "golpeado levemente"

Todas las conmociones cerebrales son graves. Una conmoción cerebral puede afectar la capacidad para hacer tareas escolares y otras actividades (como jugar videojuegos, trabajar en una computadora, estudiar, conducir o hacer ejercicio). La mayoría de las personas con una conmoción cerebral mejoran, pero es importante darle tiempo al cerebro para sanar.

¿Cuáles son los síntomas de una conmoción cerebral?

No se puede ver una conmoción cerebral, pero es posible que note uno o más de los síntomas que se enumeran a continuación o que "no se siente bien" poco después, o unos días después e incluso semanas después de la lesión.

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareos
- Visión doble o borrosa
- Molestia por la luz o el ruido
- Sensación de lentitud, neblina, niebla o aturdimiento
- Dificultad para prestar atención
- Problemas de memoria
- Confusión

¿Qué debo hacer si creo que tengo una conmoción cerebral?

- **Dígase a sus entrenadores y a sus padres.** Nunca ignore una colisión o golpe en la cabeza, incluso si se siente bien. Además, dígame al entrenador de inmediato si cree que tiene una conmoción cerebral o si uno de sus compañeros de equipo podría tener una conmoción cerebral.
- **Hágase un chequeo médico.** Un médico u otro profesional de la salud puede decirle si tiene una conmoción cerebral y cuándo estaría bien volver a jugar.
- **Dese tiempo para mejorar.** Si tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. Mientras su cerebro está recién sanando, es mucho más probable que tenga otra conmoción cerebral. Las conmociones cerebrales repetidas pueden aumentar el tiempo que lleva para que se recupere y puede causar más daño a su cerebro. Es importante descansar y no volver a jugar hasta obtener la aprobación de su doctor o profesional de salud de que ya esté libre de síntomas.

¿Cómo puedo prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que puede tomar para protegerse.

- Utilice el equipo deportivo adecuado, incluido el equipo de protección personal. Para que el equipo lo proteja, debe ser:
 - El equipo adecuado para el juego, la posición o la actividad
 - Usado correctamente, el tamaño y ajuste correctos
 - Se usa cada vez que juega o practica
- Siga las reglas de seguridad de su entrenador y las reglas del deporte
- Practique el buen espíritu deportivo en todo momento

ES MEJOR PERDERSE UN PARTIDO QUE TODA UNA TEMPORADA, ¡SI VES ALGO, DI ALGO!

Nombre del estudiante (letra de molde)

Fecha

Grado

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre

Fecha

**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA – HOJA INFORMATIVA PARA PADRES
SOBRE LA CONMOCIÓN CEREBRAL**



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral. Las conmociones cerebrales son causadas por una colisión, un golpe en la cara, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo. Incluso lo que parece ser un golpe leve o un golpe en la cabeza puede ser muy serio.

¿Cuáles son las señales y síntomas?

Una conmoción cerebral no se puede ver. Las señales y los síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer o ser notados hasta días después de la lesión. Si su hijo adolescente presenta, uno o más síntomas de conmoción cerebral que se enumeran a continuación, o si nota los síntomas usted mismo, mantenga a su hijo adolescente fuera de juego y busque atención médica de inmediato.

Señales observadas por los padres o tutores	Síntomas reportados por el atleta
<ul style="list-style-type: none"> ● Parece aturdido o confundido ● Está confundido acerca de la asignación o el puesto ● Olvida una instrucción ● No está seguro del juego, la puntuación o el oponente ● Se mueve con torpeza ● Responde a las preguntas lentamente ● Pierde el conocimiento (aunque sea brevemente) ● Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad ● No puede recordar eventos anteriores al golpe o caída ● No puede recordar eventos después del golpe o caída 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza ● Náuseas o vómitos ● Problemas de equilibrio o mareos ● Visión doble o borrosa ● Sensibilidad a la luz o al ruido ● Sensación de lentitud, confusión, o aturdimiento ● Problemas de concentración o memoria ● Confusión ● Simplemente no "se siente bien" o "se siente mal"

¿Cómo puede ayudar a su hijo adolescente a prevenir una conmoción cerebral?

Cada deporte es diferente, pero hay pasos que los adolescentes pueden tomar para prevenir una conmoción cerebral y otras lesiones.

- Asegúrese de que usen el equipo de protección adecuado para su actividad. Debe ajustarse correctamente, estar en buenas condiciones y usarse de manera consistente y correcta.
- Asegúrese de que sigan las reglas de seguridad de sus entrenadores y las reglas del deporte.
- Anímelos a practicar un buen espíritu deportivo en todo momento.

¿Qué debe hacer si cree que su hijo tiene una conmoción cerebral?

1. **Mantenga a su hijo fuera del juego.** Si su hijo tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para sanar. No permita que su hijo regrese a jugar el día de la lesión y hasta que un profesional de salud, con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral, diga que su hijo está libre de síntomas y que está bien volver a jugar. Una conmoción cerebral repetida que ocurre antes de que el cerebro se recupere de la primera, generalmente en un corto período de tiempo (horas, días o semanas), puede retrasar la recuperación o aumentar la probabilidad de tener problemas a largo plazo. En casos raros, las conmociones cerebrales repetidas pueden provocar edema (hinchazón cerebral), daño cerebral permanente e incluso la muerte.
2. **Busque atención médica de inmediato.** Un profesional de salud con experiencia en la evaluación de la conmoción cerebral podrá decidir qué tan grave es la conmoción cerebral y cuándo es seguro para su hijo regresar a los deportes.
3. **Enséñele a su hijo que no es inteligente jugar con una conmoción cerebral.** El descanso es clave después de una conmoción cerebral. A veces los atletas creen erróneamente que demuestran fuerza y valentía al jugar lesionados. Desaliente a otros para que no presionen a los atletas lesionados a jugar. No deje que a su hijo lo convenzan de que está "bien".
4. **Informe a todos los entrenadores de su hijo y a la enfermera de la escuela acerca de CUALQUIER conmoción cerebral.** Los entrenadores, las enfermeras escolares y otro personal de la escuela deben saber si su hijo alguna vez ha tenido una conmoción cerebral. Es posible que su hijo deba limitar las actividades mientras se recupera de una conmoción cerebral. Cosas como estudiar, conducir, trabajar en una computadora, jugar videojuegos o hacer ejercicio pueden hacer que los síntomas de conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Hable con su profesional de salud, así como con los entrenadores de su hijo, la enfermera de la escuela y maestros. Si es necesario, pueden ayudar a ajustar las actividades escolares de su hijo durante su recuperación.

Nombre del padre _____

Fecha _____

Firma del padre _____

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Grado _____

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

Debe completarse (con el padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años) antes del examen físico. **El formulario no se compartirá con la escuela ni con ningún personal de la escuela, sino que solo se entregará al médico antes del examen físico.**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del Examen: _____ Grado: _____

Deportes: _____

Enumere todas las condiciones médicas pasadas y actuales:	
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todos los medicamentos con receta o sin receta o suplementos que actualmente toma:	
¿Tienes alguna alergia? de ser así, indíquela(s) aquí:	

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado los siguientes problemas? (Circula tu respuesta)

	Ninguna vez	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, o ansioso	0	1	2	3
No poder detener o controlar sus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o desesperado	0	1	2	3

La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines de examinación.

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS "AL ÚLTIMO AÑO" Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA:

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría consultar con tu proveedor?			16. ¿Tose, jadea, o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido tu participación en deportes por algún motivo?			17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o algún otro órgano?		
3. ¿Tienes algún problema médico o una enfermedad reciente?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA	Sí	No	19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o MRSA?		
4. ¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de hacer ejercicio?			20. ¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
5. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			21. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o caída?		
6. ¿Alguna vez tu corazón se acelera, se agita o sientes latidos irregulares durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez te ha enfermado mientras hace ejercicio en el calor?		
7. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco?			23. ¿Tienes tu o alguien de tu familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado un examen para tu corazón? (Ejemplo: electrocardiografía o ecocardiografía)			24. ¿Alguna vez has tenido o tiene algún problema con sus ojos o visión?		
9. ¿Te has mareado o sientes que le falta el aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			25. ¿Te preocupas por tu peso?		
10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?			26. ¿Está tratando de perder o subir de peso, o alguien te lo ha recomendado?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA	Sí	No	27. ¿Estás en una dieta especial, o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
11. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?		
12. ¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o polimórfico catecolaminérgico taquicardia ventricular (CVPT)?			29. ¿Alguna vez ha tenido COVID-19?		
13. ¿Alguien en tu familia tuvo un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			SOLO PARA MUJERES	Sí	No
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No	30. ¿Has tenido tu periodo menstrual?		
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o a un partido?			31. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera menstruación?		
15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que te moleste?			32. ¿Cuándo fue tu menstruación más reciente?		
			33. ¿Cuántas menstruaciones has tenido en los últimos 12 meses?		

CERTIFICACIÓN DE SALUD: Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario son completas y correctas:

Firma del atleta: _____

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____

Fecha: _____

Formulario adaptado con permiso © Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina Deportiva y Academia Americana de Deportes Osteopática Medicina, 2019

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA- FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre del atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____ Grado: _____

Recordatorios para el médico:

1. **Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados:**
 - ¿Se sientes estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se has sentido triste, sin esperanza, deprimido o ansioso?
 - ¿Se sientes seguro en su casa o residencia?
 - ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, o tabaco masticable?
 - En los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco masticable?
 - ¿Bebe alcohol o usas alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado cualquier otro suplemento para mejorar el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarle a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?
 - ¿Usas cinturón de seguridad o casco?
2. **Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (# 4-13 en el formulario de historial de salud)**

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	BP:
Pulso:	Visión: R 20/ L 20/	¿Corregido?:

MÉDICO	Normal	Hallazgos anormales
Apariencia		
Cabeza/Boca		
Ojos, oídos, nariz y garganta - Pupilas iguales y audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón* - Sonidos cardíacos, soplos, pulso, ritmo, auscultación, diagnóstico de COVID-19		
Pulmones		
Abdomen - Hígado/Bazo, masas		
Piel - HSV, Lesiones, Estafilococo, MRSA, etc.		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	Normal	Hallazgos anormales
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una pierna, prueba de caída de caja o de caída de paso. 		

* Considere la electrocardiografía (ECG), la ecocardiografía, derivar a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos del examen, o una combinación.

Nombre del examinador:

Firma del examinador:

Fecha del examen:

PARA SER COMPLETADO POR EL ATLETA O EL PADRE/ TUTOR (Si el atleta es menor de 18 años):

Por la presente doy permiso para la divulgación de los resultados del examen físico y la "Información médica compartida" seleccionada en la página siguiente a la escuela con el propósito de participar en deportes y actividades.

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Firma de los padres: _____ **Fecha:** _____