



Pre-Participación Físico Evaluación

PPE

Kansas State High School Activities Association • 601 SW Commerce Place • PO Box 495 • Topeka, KS 66601 • 785-273-5329

Formulario de Historia *(debe ser llenado por el estudiante y el padre / tutor antes del examen físico)*

Nombre _____ Género _____ Edad _____ Cumpleaños _____
 Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____
 Dirección de Casa _____ Teléfono _____
 Médico _____ Correo Electrónico de Padre _____

El PPE es requerido anualmente y no deberá ser obtenido antes de Mayo 1 del año escolar para cual es aplicable.

Medicinas y Alergias: Por favor liste todo medicamento que se este tomando en este momento con o sin receta médica, inhaladores, y suplementos (nutricional y/o herbal) _____ No Medicamentos

Tienes alguna alergia? Si No Si la respuesta es sí, por favor identifique la alergia específica en la parte de abajo. No Medicamentos

Medicinas _____ Polen _____ Comida _____ Insectos que Pican _____

Que son sus reacciones? _____

Explique las respuestas que marco "Si" en la parte de abajo. Circule las preguntas que no sepa contestar.

Preguntas generales	Si	No
1. As tenido alguna condición médica o lastimadura desde tu ultimo revisión física?		
2. Te ha negado o puesto en actividad restrictiva algún doctor en tus actividades deportivas?		
3. Tienes alguna condición médica continua? Si la respuesta es sí por favor identifica la condición abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
4. As pasado la noche en el hospital?		
5. As tenido cirugía alguna vez?		

Preguntas de Salud del Corazón Sobre Ti	Si	No
6. Te as desmayado o casi desmayado alguna vez antes o durante ejercicio?		
7. As tenido molestia, dolor, tensión, o presión en tu pecho durante ejercicio?		
8. Tu corazón alguna vez late rápido o se brinca latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
9. Te ha dicho algún doctor que tú tienes algún problema del corazón? Si la respuesta es sí marca el que aplica: <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> Alto Colesterol <input type="checkbox"/> Infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
10. Te a ordenado algún doctor que te hagas un examen del corazón? (Por ejemplo ECG/EKG, echo cardiograma)		
11. Te has mareado o sentido sin aliento más de lo común cuando haces ejercicio?		
12. Alguna vez te ha dado una convulsión inexplicada?		
13. Rápidamente te sientes más cansado o sin aire que tus amigos cuando hacen ejercicio?		

Preguntas de Salud del Corazón Sobre Tu Familia	Si	No
14. Algún miembro familiar o pariente a muerte de problemas al corazón o a muerto repentina y/o inexplicablemente antes de sus 50 años (incluyendo ahogado, accidente automovilístico inexplicado, o muerte repentina de síndrome infantil de cuna)?		
15. Algún en tu familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, aritmético cardiomiopatía ventricular derecha, síndrome largo QT, síndrome cortó QT, síndrome Brugada, catecolaminérgico polimórfico taquicardia ventricular?		
16. Algún en tu familia tiene problemas del corazón, un marcapasos, implante de desfibrilador?		
17. Algún en tu familia se ah desmayado sin explicación, convulsiones sin explicación, o casi ahogado?		

Preguntas de Huesos y Coyunturas	Si	No
18. As tenido alguna lastimadura a un hueso, musculo, ligamento, o tendón que te haya ocasionado que perdieras alguna practica o juego?		
19. Has tenido alguna quebradura de hueso, fractura, o alguna dislocación de coyuntura?		
20. Alguna vez has tenido una lastimadura que hayas necesitado rayos-x, MRI, CT Scan, inyecciones, terapia, muletas, yeso, aparato ortopédico?		
21. Alguna vez has tenido una fractura por tensión?		
22. Te has hecho un o te han dicho que te hagas rayos-x por inestabilidad de cuello o por inestabilidad de atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
23. Regularmente usas aparatos ortopédicos, abrazadera, o algún otro dispositivo de ayuda?		
24. Tienes un hueso, musculo, o lastimadura de coyuntura que te moleste?		
25. Algunos de tus coyunturas te causan dolor, se hinchan, sienten calientes, o se ponen colorados?		
26. Tienes historia de problemas con artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

Preguntas Médicas	Si	No
27. Toses, tienes respiración ruidosa, o tienes dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
28. Has usado un Inhalador o tomado medicina para asma?		
29. Hay alguien en tu familia que tiene asma?		
30. Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), bazo, o algún otro órgano?		
31. Tienes dolor en la ingle o una bola dolorosa en la ingle, o una hernia en la ingle?		
32. Has obtenido monoucleosis contagiosa (mono) durante el último mes?		
33. Tienes erupciones, úlceras de presión, o alguna otra infección de la piel?		
34. Has tenido alguna infección de herpes o MRSA?		
35. Alguna vez has tenido una lastimadura en la cabeza o conmoción cerebral? Si la respuesta es sí cuantas? _____ Cuanto tiempo ha sido lo más largo que te han tenido fuera de deportes o la escuela? _____ Cuando fue la última vez que te dieron de alta? _____		
36. Te an dado un golpe o fuerte soplo a la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
37. Tienes historia de tener un desorden de convulsiones?		
38. Te dan dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
39. Alguna vez se te ha entumecido, hormigueo, o debilidad en tus brazos o piernas después de que te peguen o caerte (Agujón, Quemador, Pinzamiento de un Nervio)?		
40. Has perdido el sentido de tus piernas y o brazos después de ser golpeado o de que te hayas caído?		
41. Te has enfermado alguna vez durante haciendo ejercicio en tiempo caliente?		
42. Te dan calambres de tus músculos frecuentemente cuando haces ejercicio?		
43. Tu o alguien en tu familia tiene anemia de células falciformes?		
44. Has tenido algún problema con tus ojos o visión?		
45. Has tenido alguna lastimadura en tus ojos?		
46. Usas lentes o contactos?		
47. Usas protectores de ojos, por ejemplo gafas o protector de cara?		
48. Te preocupas de tu peso?		
49. Estas tratando o te han recomendado que subas o bajes de peso?		
50. Estas en una dieta especial o previenes algún tipo de comidas?		
51. Alguna vez has tenido algún desorden alimenticio?		
52. Tienes alguna preocupación que te gustaría platicar con un doctor?		

Mujeres Solamente	Si	No
53. Has tenido un periodo menstrual?		
54. Si, la respuesta es sí has experimentado algunos problemas o cambios con tu participación atlética (i.e., Irregularidad, dolor, etc.)?		
55. Cuantos años tenias cuando empezaste tu menstruación?		
56. Cuantas menstruación has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica abajo las respuestas a las que contestaste "Si"

Yo declaro que, hasta mi mejor conocimiento, mis respuestas a las preguntas mencionadas arriba están completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Pre-Participation Physical Evaluation

PPE

Kansas State High School Activities Association • 601 SW Commerce Place • PO Box 495 • Topeka, KS 66601 • 785-273-5329

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Date of recent immunizations: Td _____ Tdap _____ Hep B _____ Varicella _____ HPV _____ Meningococcal _____

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, 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 supplement?
- Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
- Do you wear a seat belt and use a helmet?

2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14).

EXAMINATION			
Height	Weight	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	BP (corrected for height/age) / (/) Pulse
Vision R 20/	L 20/	Corrected: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
MEDICAL		NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)			
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Gross Hearing			
Lymph nodes			
Heart * • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)			
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitourinary (males only)**			
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis			
Neurologic***			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand/fingers			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
Foot/toes			
Functional • Duck-walk, single leg hop			

*Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam. **Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended. ***Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

*Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and student history and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of healthcare provider (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of healthcare provider _____, MD, DO, DC, PA-C, APRN
(please circle one)