

INTERVAL HEALTH HISTORY FOR SPORTS PARTICIPATION
(HISTORIA DE SALUD MEDICA PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES)
Port Chester – Rye UFSD

Prior to the start of tryout sessions or practice at the beginning of each season, a health history review for each athlete must be conducted unless the student received a full medical examination within 30 days of the start of the season. *(Antes de comenzar las sesiones de prueba o las practicas al inicio de cada temporada, se debe realizar una revision de la historia clínica de cada atleta, a menos que el alumno se haya sometido a un examen medico complete dentro de los 30 días del inicio de la temporada).*

PART A, B, C and D TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN:
(SECCIONES A, B, C y D DEBEN DE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O GUARDIAN)

PARTA(PARTEA) Student(Alumno): _____ Age(Edad): _____

Grade (check) 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____ 11 ____ 12 ____ Date of Birth ____/____/____
(Grado (marcar) (Fecha de nacimiento):

Sport (Deporte): _____ **Level (check):** Varsity ____ JV ____ Modified ____
(Nivel (marcar)

Date of last health appraisal: ____/____/____ **Limitations(Limitaciones):** Yes(sí) ____ No ____
(Fecha del ultimo examen de salud)

PART B(PARTE B)

NOTE: “YES” to any of these questions does not mean automatic disqualification from the athletic activity indicated. However, it will require a review and approval by the school physician before the student can report to practice or tryouts. *(Nota: Al responder “Sí” a cualquiera de estas preguntas no significa la descalificación automática de la actividad atlética indicada. Sin embargo, será necesaria la revision y la aprobación médica de la escuela antes de qu el alumno pueda presentarse a las prácticas o las pruebas).*

The answers to the questions on this form will be held in the school health office and will be kept confidential. *(Las respuestas a las preguntas de este formulario se mantendrán en la oficina de salud de la escuela de manera confidencial).*

HISTORY SINCE LAST HEALTH APPRAISAL(ANTECEDENTES DESDE EL ÚLTIMO EXAMEN SALUD)

If the answer to any of the following questions is “YES”, please complete “PART C”.
(Si la respuesta a alguna de estas preguntas es “sí”, por favor complete la “Parte C”)

- | | (Check)(Marcar) | |
|---|-----------------|---------|
| 1. Any injuries requiring medical attention?
<i>(Ha sufrido alguna lesion que haya requerido atención médica?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 2. Any illness lasting more than five (5) days?
<i>(Ha tenido alguna enfermedad que haya durado más de cinco(5) días)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 2. Taking medicine or under physician’s care at this time?
<i>(Toma algún medicamento o está bajo atención médica en este momento?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 3. Any feeling of faintness, dizziness or fatigue after
exercise or exertion? <i>(Tiene alguna sensación de desmayo, mareo o fatiga después de
realizar ejercicio o esfuerzo?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 5. Change in wearing glasses or contact lenses?
<i>(Ha tenido algún cambio en el uso de anteojos o lentes de contacto?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 6. Any surgical operations or fractures?
<i>(Ha tenido operaciones quirúrgicas o sufrido facturas?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 7. Any treatment in a hospital or emergency room?
<i>(Ha realizado algún tratamiento en un hospital o sala de emergencias?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 8. Developed any allergies?
<i>(Ha desarrollado alguna alergia?)</i> | YES ____ | NO ____ |
| 9. Any Chronic disease?
<i>(Alguna enfermedad crónica?)</i> | YES ____ | NO ____ |

PART C (PARTE C)

Describe the condition or situation below, if you answered “yes” to any question in Part B. (*Describe a continuación la condición o situación, en caso de que haya respondido “sí” a alguna de las preguntas de la Parte B).*)

PART D – PARENTAL PERMISSION (PARTE D: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES)

I, the undersigned, clearly understand these questions are asked in order to decide if my child can safely participate in the sport names in **PART A** of this form. The answers are correct as of this date and he/she has my permission to participate. (*Yo, el que suscribe, entiendo claramente que estas preguntas se realizan con el fin de decidir si mi hijo/a puede participar en forma segura en los deportes mencionados en la PARTE A DE ESTE FORMULARIO. Las respuestas son correctas hasta la fecha y mi hijo/a cuenta con mi autorización para participar.*) I have read and understand the concussion information fact sheet on the district website. For additional information refer to www.cdc.gov/concussion and www.schoolhealthservicesny.com. (*Yo ha leído y ha comprendido el informe de información de Conmoción en el internet del distrito. Para el información adicional se refiere por favor a www.cdc.gov/concussion and www.schoolhealthservicesny.com.*)

SIGNED(FIRMA): _____ Date(Fecha): ____ / ____ / ____

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL HEALTH OFFICE
(ENTREGAR A LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA)

PART E – TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL HEALTH OFFICE

Sports Participation (check):
_____ Approved _____ Referred to School Physician

Signed _____ Date: ____ / ____ / ____
School Health Office

If referred to the School Physician (check):
_____ Qualified _____ Disqualified

Signed _____ Date: ____ / ____ / ____
School Physician