

Estado de Nueva Jersey
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

CUESTIONARIO ACTUALIZADO DE HISTORIAL DE SALUD

Nombre de Escuela _____

Para participar en cualquier equipo que sea patrocinado por la escuela o inter escolar de atletismo inter muros o plantel, cada estudiante de el cual su examen físico que tenga más de 90 días antes de la primera jornada de entrenamientos oficiales están obligados a proporcionar una actualización de su cuestionario actualizado de historial de salud debe ser completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Fecha del último examen Físico _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico antes de la participación en algún deporte su hijo(a), tiene:

1. Nota médica la cual certifica que su hijo(a) puede participar en un deporte? Si ___ No ___
En caso afirmativo, describa en detalle _____

2. Su hijo(a) ha sufrido de una conmoción cerebral, estado inconsciente o pérdida de la memoria a consecuencia de un golpe en la cabeza? Si ___ No ___
En caso afirmativo, explique en detail _____

3. Se ha roto un hueso o un esguince / colado / dislocado que cualquier músculo o articulaciones? Si ___ No ___
En caso afirmativo, describa en detalle _____

4. Su hijo(a) se ha desmayado o "a quedado inconsciente?" Si ___ No ___
Si es así, esto fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. su hijo(a) ha experimentado dolores en el pecho, falta de aliento o "arritmia cardiaca/palpitaciones?" Si ___ No ___
En caso afirmativo, Explique _____

6. ¿Ha habido algún historial reciente de fatiga y cansancio inusual? Si ___ No ___

7. Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a la sala de emergencias? Si ___ No ___
En caso afirmativo, explique en forma detallada, _____

8. Desde el último examen físico, ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menores de 50 años que han tenido un ataque al corazón o "problemas del corazón?" Si ___ No ___

9. Ha iniciado o ha dejado de tomar cualquier medicamento de venta libre o recetados? Si ___ No ___
En caso afirmativo, nombre del medicamento (s) _____

Fecha: _____ Firma del padre / tutor _____

DEVUELVA forma completa a la OFICINA DE LA ENFERMERA E14-00284