

**Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

**Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:**

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? Si  No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si  No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado / dislocado algún músculo o articulación?

Si  No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Si  No

¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí  No

En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí  No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Sí  No

Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí  No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí  No

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí  No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí  No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí  No

11. ¿Algún miembro del hogar del estudiante-atleta ha sido diagnosticado con Coronavirus (COVID-19)? Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.**