

## NYSSED (en inglés) Intervalo Salud Historia para Atletismo

Nombre del estudiante:	DOB
Nombre de la escuela:	Edad
Calificación (verificación): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	Limitaciones: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
Deporte	Fecha del último examen de salud:
Nivel Deportivo: <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Universidad	Fecha de cumplimentación del formulario:
<b>DEBE ser completado y firmado por Padre/Tutor - Dar details Para aNY YES answers en el last pedad.</b>	

TIENE O TIENE SU HIJO		
SALUD GENERAL	No	Sí
¿Alguna vez un proveedor de atención médica ha restringido la participación deportiva por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado con mononucleosis en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un solo riñón en funcionamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema con la audición o tiene sordera congénita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema con la visión o solo tiene visión en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una afección médica en curso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, check todo lo que se aplica:		
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Rasgo o enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Tiene alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todos los que correspondan		
<input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Picadura de insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Polen Otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :		
¿Alguna vez has tenido anafilaxia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lleva un autoinyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES CEBRALES/CRANEALES	No	Sí
¿Alguna vez tuvo un golpe en la cabeza que le causó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe tratamiento para un trastorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIENE O TIENE SU HIJO		
convulsivo o epilepsia?		
¿Alguna vez has tenido dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPIRACIÓN	No	Sí
¿Alguna vez se ha quejado de estar extremadamente cansado o falta de aliento durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa o lleva un inhalador o nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sibilancias o tos con frecuencia durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene asma o asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS / ALOJAMIENTOS	No	Sí
¿Usa un aparato ortopédico, ortopédico u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa gafas protectoras, como gafas o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa un audífono o un implante coclear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hágale saber al entrenador/enfermera de la escuela de cualquier dispositivo utilizado. No es necesario para lentes de contacto o anteojos.</b>		
SALUD DIGESTIVA (GI)	No	Sí
¿Tiene problemas estomacales u otros problemas gastrointestinales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante:		DOB:	
------------------------	--	------	--

TIENE O TIENE SU HIJO		
¿Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertos alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna preocupación sobre el peso de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES		
	No	Sí
¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas o ha tenido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de ser golpeado o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo una lesión, dolor o hinchazón de una articulación que le hizo perderse la práctica o un juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un hueso, músculo o articulación que les molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene articulaciones que se vuelven dolorosas, hinchadas, calientes o rojas con el uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te han diagnosticado una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUD DEL CORAZÓN		
Alguna vez se quejó de:		
¿Alguna vez se sometió a una prueba de corazón por parte de un proveedor de atención médica (por ejemplo, ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aturdimiento, mareos, durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolor en el pecho, opresión o presión durante o después del ejercicio?		
¿Revoloteo en el pecho, latidos cardíacos salteados, aceleración del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene o tuvo un problema cardíaco o de vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Opresión en el pecho o dolor <input type="checkbox"/> Infección		

TIENE O TIENE SU HIJO	
cardíaca	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Colesterol alto Presión	<input type="checkbox"/> arterial baja
<input type="checkbox"/> Nueva frecuencia cardíaca rápida o lenta	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki	
<input type="checkbox"/> Tiene un desfibrilador cardíaco implantado (DCI)	
<input type="checkbox"/> Tiene un marcapasos	
<input type="checkbox"/> Otro:	

SOLO MUJERES	No	Sí
¿Tiene períodos regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO HOMBRES	No	Sí
¿Tiene un solo testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en la ingle o una protuberancia, o una hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DE LA PIEL	No	Sí
¿Actualmente tiene erupciones cutáneas, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN SOBRE COVID-19		
¿Alguna vez su hijo ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>NO, DETÉNGASE.</b> Go a Family Heart Health History. En <b>caso afirmativo</b> , responda a las siguientes preguntas :		
Fecha de la prueba COVID positiva:		
¿Su hijo fue sintomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo vio a un proveedor de atención médica por sus síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo fue hospitalizado por COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD CARDÍACA	
Un pariente tiene/tuvo alguno de los siguientes:	
Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Corazón alargado / Miocardiopatía hipertrófica / Miocardiopatía dilatada	<input type="checkbox"/> ¿Síndrome de Brugada? <input type="checkbox"/> ¿Taquicardia ventricular catecolaminérgica? <input type="checkbox"/> ¿Síndrome de Marfan (ruptura aórtica)?

Nombre del estudiante:		DOB:	
------------------------	--	------	--

<input type="checkbox"/> ¿Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho?	<input type="checkbox"/> ¿Ataque cardíaco a los 50 años o menos?
<input type="checkbox"/> ¿Problemas del ritmo cardíaco, intervalo QT largo o corto?	<input type="checkbox"/> ¿Marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado (DCI)?
Antecedentes familiares de:	
<input type="checkbox"/> ¿Anomalías cardíacas o muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/> ¿Anomalía cardíaca estructural, reparada o no reparada?
<input type="checkbox"/> ¿Desmayos, convulsiones, ahogamientos, casi ahogamientos o accidentes automovilísticos antes de los 50 años?	

<p>Si respondiste <b>NO</b> a <u>todas las</u> preguntas, <b>DETENTE</b>. Firma y fecha a continuación.  <b>VAYA</b> a la página 3 si respondió <b>SÍ</b> a una pregunta.</p>	
Firma del padre/tutor:	Fecha:



Nombre del estudia nte:		DOB:	
----------------------------------	--	------	--