

EVALUACIÓN MÉDICA DE LA ESCUELA PARA CIEGOS DEL ESTADO DE WASHINGTON PARA LA ASISTENCIA ESCOLAR Y LOS

Esta sección debe ser completada por el padre, madre o tutor, revisada por el proveedor médico del estudiante durante el examen y devuelta a las enfermeras de la WSSB

Fecha del examen _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Explique las respuestas afirmativas a continuación. Marque con un círculo las preguntas de las que no sabe las respuestas.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico ha negado o restringido la actividad deportiva a su estudiante por alguna razón?		
2. ¿Tiene su estudiante alguna afección médica persistente? Si es así, por favor identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
3. ¿Ha pasado su estudiante la noche en el hospital alguna vez?		
4. ¿Ha sido su estudiante operado alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU ESTUDIANTE	Sí	No
5. ¿Se ha desmayado o casi se ha desmayado alguna vez su estudiante DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Se acelera alguna vez el corazón de su estudiante o tiene palpitaciones durante el ejercicio?		
8. ¿Alguna vez le ha dicho un médico a su estudiante que tiene un problema de corazón? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para el corazón de su estudiante? (Por ejemplo, ECG, ecocardiograma)		
10. ¿Antecedentes de sentirse mareado o con más falta de aire de lo esperado durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Antecedentes de más cansancio o falta de aliento en comparación con sus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE LA FAMILIA DE SU ESTUDIANTE	Sí	No
13. ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años de edad (incluidos ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o el síndrome de muerte súbita del lactante)?		
14. ¿Algún miembro de la familia de su estudiante tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo, síndrome del QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Algún miembro de la familia de su estudiante tiene un problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Algún miembro de la familia de su estudiante ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o ha estado a punto de ahogarse?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Antecedentes de lesiones en huesos, músculos, ligamentos o tendones que le hayan hecho perder un entrenamiento o un partido?		
18. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez huesos rotos o fracturados o dislocaciones?		
19. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas? <input type="checkbox"/>		
20. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Le han dicho alguna vez a su estudiante que tiene inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Su estudiante usa regularmente un aparato ortopédico u otro dispositivo?		
23. ¿Tiene su estudiante una lesión en un hueso, músculo o articulación? ¿Antecedentes de articulaciones hinchadas o dolorosas?		
25. ¿Antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Su estudiante tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
27. ¿Ha usado su estudiante alguna vez un inhalador o tomado un medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en la familia que tenga asma?		
29. ¿Ha perdido un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene su estudiante dolor en la ingle, un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
31. ¿Antecedentes de mononucleosis infecciosa en el último mes?		
32. ¿Antecedentes de sarpullidos, llagas por presión u otros problemas de la piel?		
33. ¿Antecedentes de herpes o infección cutánea por MRSA?		
34. ¿Antecedentes de lesiones en la cabeza o conmoción cerebral?		
35. ¿Antecedentes de un golpe en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene su estudiante antecedentes de síndrome convulsivo?		
37. ¿Tiene su estudiante dolores de cabeza cuando hace ejercicio?		
38. ¿Antecedentes de hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas después de ser golpeado o haberse caído?		
39. ¿Alguna vez su estudiante no ha podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o haberse caído?		
40. ¿Antecedentes de haberse enfermado mientras hacía ejercicio cuando hacía calor?		
41. ¿Antecedentes de calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
42. ¿Antecedentes familiares de rasgo drepanocítico o anemia de células falciformes?		
43. ¿Algún problema con los ojos o la visión?		
44. ¿Antecedentes de lesiones oculares?		
45. ¿Usa su estudiante anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas de seguridad o un protector facial?		
47. ¿Se preocupa su estudiante por su peso?		
48. ¿Se le ha aconsejado al estudiante que engorde o adelgace?		
49. ¿Tiene una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Antecedentes de trastorno alimentario?		
51. ¿Alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
SOLO MUJERES		
52. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez una menstruación?		
53. ¿Edad cuando tuvo la primera menstruación?		
54. ¿Cuántos períodos en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas afirmativas aquí

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del padre/de la madre o del tutor: _____ **Fecha:** _____

EVALUACIÓN MÉDICA DE LA ESCUELA PARA CIEGOS DEL ESTADO DE WASHINGTON PARA LA ASISTENCIA ESCOLAR Y LOS

Esta sección debe ser completada por el proveedor médico del estudiante y devuelta a las enfermeras de la WSSB

Nombre _____

EXAMEN		
Altura	Peso	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
PA / (/)	Pulso	Visión D 20/ I 20/ Corregida <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
MÉDICO	NORMAL	RESULTADOS ANÓMALOS
Aspecto • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado, tórax hundido, aracnodactilia, envergadura > altura, hiperlaxidad, miopía, prolapso mitral, insuficiencia aórtica)		
Ojos/oídos/nariz/garganta • Las pupilas son iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón a • Soplos • Latido de la punta		
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo hombres)b		
Piel • virus del herpes simple, lesiones que sugieren MRSA, tiña corporal		
Neurológico c		
MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional • Marcha de pato, salto con una sola pierna		
Enumere los diagnósticos médicos	_____	
¿Tiene el estudiante un trastorno convulsivo? Sí / No	En caso afirmativo, adjunte un plan de acción para las convulsiones para ser usado en la escuela	
Si procede, describa la actividad convulsiva.	Enumere el tipo de trastorno convulsivo (epilepsia mayor, epilepsia menor, etc.) _____	
¿Tiene el estudiante una derivación? Sí / No	En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: _____ Izquierda Derecha	
¿Se le ha diagnosticado al estudiante un trastorno endocrino? Sí / No	En caso afirmativo, adjunte un plan para ser usado en la escuela	
¿Se le ha diagnosticado al estudiante asma? Sí / No	En caso afirmativo, adjunte un plan de acción para el asma para ser usado en la escuela	
¿Tiene el estudiante alguna alergia a alimentos, medicamentos o al medio ambiente? Sí / No	En caso afirmativo, enumere las alergias conocidas: _____	

EVALUACIÓN MÉDICA DE LA ESCUELA PARA CIEGOS DEL ESTADO DE WASHINGTON PARA LA ASISTENCIA ESCOLAR Y LOS

¿Tiene el estudiante alguna restricción dietética o dietas especiales? Sí/No	Por favor describa cómo la ingestión o el contacto con los alimentos afecta al estudiante _____ ¿Qué alimentos específicos deben ser omitidos de la dieta del estudiante? _____ Enumerar los alimentos y bebidas que se deben sustituir, proporcionar o modificar _____		
¿Tiene el estudiante alguna restricción de actividad? Sí / No	En caso afirmativo, descríbala: _____ ¿Cuánto tiempo será necesaria esta restricción de actividad? _____		
¿Tiene el estudiante, o está en riesgo de desprendimiento de retina? Sí / No	En caso afirmativo, descríballo: _____		
¿Tomará el estudiante algún medicamento recetado mientras está en la WSSB?	En caso afirmativo, complete la sección a continuación.		
Nombre del medicamento	Dosis	Hora a la que debe administrarse y método de administración	Motivo por el que se toma el medicamento y efectos secundarios que hay que vigilar

Téngase en cuenta que el medicamento DEBE proporcionarse a las enfermeras de la WSSB en los recipientes originales según la RCW 28A.210.260 (6)

Proveedor, por favor tache los medicamentos/preparados de venta sin receta que el estudiante NO pueda tener mientras esté en la WSSB:

ORALES: Tylenol Advil Aleve Benadryl Loratadina Cetirizina Robitussin DM Guaifenesina
Fenilefrina Pastillas para la tos Tums Mylanta Docusato sódico Miralax Melatonina

TÓPICOS: Gel para quemaduras Vaseline Alivio para el escozor con lidocaína Protector labial Tratamiento para el herpes labial Tolnaftato Toallitas de alcohol Crema de hidrocortisona Ungüento antibiótico Protector solar Gel de aloe vera Vicks Vapo-Rub

* Proveedor, tenga en cuenta que la WSSB ofrece una variedad de actividades y deportes que no se encuentran tradicionalmente en las escuelas públicas, por favor lea atentamente las actividades y deportes enumerados a continuación y considere los riesgos médicos de los estudiantes, como la derivación ventriculoperitoneal, el trastorno convulsivo, el riesgo de desprendimiento de retina, etc. Todas las actividades y deportes patrocinados por la escuela son supervisados, y se tiene en cuenta la discapacidad visual del estudiante *Tache las actividades o deportes en los que el estudiante no pueda participar.

Actividades ofrecidas: esquí alpino, esquí de fondo, motos de nieve, parque de trampolines, equitación, ciclismo en tándem, yoga, paddle boarding, artes marciales, senderismo, atletismo, básquetbol, tiro con arco, natación

Deportes ofrecidos: levantamiento de pesas, goalball

Autorizado para todos los deportes y actividades Sí/No excepto: _____

He examinado al estudiante arriba mencionado y completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para la práctica del deporte o deportes mencionados. Una copia del examen físico está archivada en mi oficina y se puede enviar la escuela a petición de los padres. Si surgen afecciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el proveedor puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al estudiante/atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del proveedor médico (escribir en letra de imprenta o a máquina) _____ Fecha _____
Dirección _____ Teléfono _____

Firma del proveedor médico _____