

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____
 Estudiante ID# _____ Grado (2026-27): _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Escuela: _____

**LEANDER ISD 2026-27 PREVIA A LA PARTICIPACIÓN
 EVALUACION- PHYSICAL EXAMINATION**

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico? SI NO
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año? SI NO
3. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? SI NO
4. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas? SI NO
5. ¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? SI NO
6. ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? SI NO
7. ¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio? SI NO
8. ¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? SI NO
9. ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto? SI NO
10. ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? SI NO
11. ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años? SI NO
12. ¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal? SI NO
13. ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes? SI NO
14. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco? SI NO
15. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? SI NO
16. ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria? SI NO
17. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____
18. ¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo) _____
19. ¿Alguna vez ha convulsionado? SI NO
20. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? SI NO
21. ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies? SI NO
22. ¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado? SI NO
23. ¿Le falta algún órgano par? SI NO
24. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? SI NO
25. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador? SI NO
26. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)? SI NO
27. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? SI NO
28. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)? SI NO
29. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor? SI NO
30. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? SI NO
31. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio? SI NO
32. ¿Tiene asma? SI NO
33. ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico? SI NO
34. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)? ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación? SI NO
35. ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? SI NO
36. ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación? SI NO
37. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? SI NO

En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:
 Cabeza Codo Pie Cuello Antebrazo Muslo Espalda Muñeca Rodilla
 Pecho Mano Tobillo Hombro Canilla/Pantorrilla Dedo Brazo

Solo Mujeres - Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional médico
 19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____
 ¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____
 ¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____
 ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____
 ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año? _____

Solo Hombres - Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional médico
 20. ¿Tiene dos testículos? _____
 21. ¿Tiene hinchazón o masas en los testículos? _____

EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)_ Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL.

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO cada año para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.
 Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interscholástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante. Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

No es necesario que se realice un electrocardiograma (ECG). He leído y entiendo la información sobre el examen cardíaco en el Formulario de concientización sobre paro cardíaco repentino de la UIL. Al marcar esta casilla, elijo que se le realice un ECG a mi estudiante para un examen cardíaco adicional. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG.

Como requisito mínimo, este formulario de examen físico debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, debe completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. * **LISD requerir un examen físico anual.**

EXAMEN MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiper movilidad articular, escoliosis)			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____
 Pulso: _____ PA: _____ / _____ (_____/_____, ____/_____)
Presión arterial braquial mientras está sentado
 Visión: D 20/____ I 20/____ Corregida: Si / No Pupilas: Iguales or Desiguales

AUTORIZACIÓN
 Autorizado
 Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____
 No autorizado para: _____
 Razón: _____
 Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta): _____
 Número de teléfono: _____
 Firma: _____
 Fecha del examen: _____

Solo para uso de la escuela:
 Este formulario de historial médico fue revisado por:
 Nombre en letra imprenta: _____
 Fecha: _____ Firma: _____

Firma del padre o tutor: _____
 Firma del alumno: _____

Leander ISD Athletic Participation Information

Padre/madre/tutor:

Antes de que su estudiante pueda participar en cualquier actividad relacionada con el atletismo, deben tener los siguientes tres elementos completados. Estos artículos deben estar archivados con el Coordinador de la Escuela Secundaria (Atletas de la Escuela Secundaria) o el Entrenador Atlético de la Escuela Secundaria (Atletas de la Escuela Secundaria).

- **Historial médico y examen físico previos a la participación**
- **Formularios en línea Rank One**
- **Pruebas de referencia de balanceo**

Historial médico y examen físico previos a la participación

Todos los atletas deben tener una forma física atlética (Reverso de esta forma) archivada con el Coordinador Atlético de la Escuela Secundaria (Atletas de la Escuela Secundaria) o el Entrenador Atlético de la Escuela Secundaria (Atletas de la Escuela Secundaria) antes de que ellos puedan participar en la práctica, juego, actuación, o concurso antes, durante o después de la escuela. Este formulario debe ser firmado por un Padre/Tutor y el Estudiante Atleta. Todos los exámenes físicos atléticos serán válidos por 1 año a partir de la fecha del examen médico. La excepción es que por las reglas de UIL, los atletas que entran 7° & 9° deben tener un nuevo físico en el archivo. Leander ISD utiliza el 1 de mayo de 2026 como la fecha más temprana en que un atleta que ingresa a 7° o 9° puede tener un nuevo examen físico atlético para el Año Escolar 2026-27.

Clasificación Uno - Instrucciones para el formulario en línea

TODOS los formularios deben ser firmados por un padre/tutor y el estudiante atleta antes de que puedan participar. Usted necesitará el número de identificación escolar del estudiante. Los formularios se pueden acceder a través del código QR o el sitio web LISD:

Código QR para el sitio web de Rank One



O utilice las instrucciones del enlace del sitio web:

Acceso al sitio web de Leander ISD

1. www.leanderisd.org
2. En el índice de la A a la Z, seleccione: Atletismo
3. Haga clic en: Atletismo: Salud y seguridad
4. Haga clic en: Formularios para estudiantes-deportistas
5. Haga clic en: Formularios en línea de Rank One Siga las instrucciones para crear una cuenta y luego, lea, rellene y firme electrónicamente los siguientes formularios:

➤ **Paquete de formularios UIL**

- i. Reconocimiento de las normas
- ii. Formulario de reconocimiento de conmoción cerebral
- iii. Formulario de concienciación sobre paro cardíaco súbito
- iv. Formación en seguridad UIL
- v. Expectativas de comportamiento de los espectadores
- vi. Formulario de acuerdo sobre esteroides para padres y alumnos
- vii. Manual LISD 2026-2027
- viii. LISD Manual de Atletismo Directrices y Formulario de Seguro
- ix. Acuse de recibo de la prueba de ECG
 - **ECG Testing Op-In**
 - **PAPF – Formulario de Participación Deportiva Anterior**
 - **Tarjeta de emergencia**
 - **Formulario de consentimiento de medicación**

Información sobre las pruebas ImPACT

Como parte del programa de manejo de conmociones del distrito, todos los atletas deberán realizar una Prueba Base de ImPACT antes de participar. Los estudiantes de secundaria recibirán información sobre la Prueba Base de ImPACT por parte del personal de entrenamiento atlético de la escuela secundaria. Los estudiantes de la escuela intermedia recibirán información sobre la Prueba Base de ImPACT de los coordinadores de la escuela intermedia.