

REGISTRO DE SALUD UNIVERSAL INFANTIL

Avalado por: Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), New Jersey Chapter, Academia de Médicos de Familia de Nueva Jersey (New Jersey Academy of Family Physicians)
Departamento de Salud de Nueva Jersey

SECCIÓN I: LA DEBEN COMPLETAR LOS PADRES

Nombre del niño(a) (Apellido)	(Nombre)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
¿Tiene el menor seguro médico? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguro médico del menor	
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono fijo	Número de teléfono del trabajo o celular	
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono fijo	Número de teléfono del trabajo o celular	
Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo(a) y al proveedor de cuidado infantil o al personal de enfermería de la escuela a analizar la información de este formulario.			
Firma y fecha		Este formulario se puede revelar al Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) ☐ Sí ☐ No	

SECCIÓN II: LA DEBE COMPLETAR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha del examen físico:	¿Son normales los resultados del examen físico? ☐ Sí ☐ No
Anomalías observadas:	Peso (debe tomarse dentro de los 30 días para el WIC) Estatura (debe tomarse dentro de los 30 días para el WIC) Perímetro cefálico (si es <2 años) Presión arterial (si es ≥3 años)

VACUNAS

- ☐ Libreta de vacunación adjunta
☐ Fecha en la que corresponde la próxima vacunación

AFECCIONES MÉDICAS

Afecciones médicas crónicas y cirugías relacionadas • Especifique las afecciones médicas o problemas quirúrgicos actuales:	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Medicamentos y tratamientos • Especifique los medicamentos y los tratamientos	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Limitaciones para la actividad física • Especifique las limitaciones y las consideraciones especiales	☐ Ninguna ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Necesidades de equipos especiales • Especifique los elementos necesarios para las actividades diarias	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Alergias y sensibilidades • Especifique las alergias	☐ Ninguna ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Dieta especial y suplementos de vitaminas y minerales • Especifique los detalles de la dieta	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Problemas conductuales y diagnóstico de salud mental • Especifique los problemas y las inquietudes de conducta y salud mental	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios
Planes de emergencia • Especifique el plan de emergencia que podría ser necesario y las señales y los síntomas a los que se debe prestar atención	☐ Ninguno ☐ Plan de cuidados especiales adjunto	Comentarios

CONTROLES PREVENTIVOS DE SALUD

Tipo de control	Fecha de realización	Valor obtenido	Tipo de control	Fecha de realización	Indique si es anormal
Hgb/Hct			Audición		
Plomo: ☐ Capilar ☐ Venosa			Vision		
TB (nm de induración)			Dental		
Otro			Desarrollo		
Otro			Escoliosis		

☐ Examiné al estudiante antes mencionado y revise su historia clínica. Considero que, desde el punto de vista médico, es capaz de participar por completo en todas las actividades escolares y de cuidado infantil, lo que incluye educación física y deportes de contacto competitivos, salvo que se indique lo contrario más arriba.

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta) _____ Sello del proveedor de atención médica _____

Firma y fecha _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis
☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todas los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 a preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		No está seguro/a	Sí	No
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?			
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No	
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No	
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguno protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Sí	No
20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico a una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo a la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a	
24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25.	¿Le preocupa su peso?		
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL		N/A	Sí No
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:		
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose ☐ Third dose ☐ Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart* Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- ☐ Medically eligible for all sports without restriction
- ☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- ☐ Medically eligible for certain sports
- ☐ Not medically eligible pending further evaluation
- ☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____

(If New Jersey optional)

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

*This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.