



Estimados Padres o Tutores,

Bienvenidos a el Centro de Salud y Bienestar en Centennial High School. Pare que su estudiante

- 1. Llama 970. 488.4950 para recibe un chequeo deportivo** (no hay citas inmediatas)
- 2. Dias/Tiempo Disponible:** Empezando la semana del 12 de Julio, se ofrecen chequeos deportivos en Centennial High School los Martes, Jueves y Viernes entre las 8:30 y 5:00.
- 3. Llena las formas adjuntas. Envía** las formas a: The Health and Wellness Center at Centennial, 330 E. Laurel Street, Fort Collins, CO 80524 **O mande un correo electrónico encriptado a hwcenter@everychildpediatrics.org** (Para encriptar pone [e] en la línea de asunto) **O dejarlo en la Oficina de Centennial (cuarto 205) O llegar 15 minutos antes** de su cita con las formas.
- 4. El Pago:** El pago en efectivo es \$40. También ofrecemos un pago reducido a \$0-\$35 (para familias que cualifican). Aceptamos Medicaid/CHP+, la mayoría de los seguros médicos y ofrecemos tarifa para servicios (no requiere copago/deducibles). **Ningún estudiante inscripto para recibir atención medica es negado por inhabilidad de pagar por servicios ofrecidos en nuestro Centro de Salud y Bienestar.**
- 5.** Cualquier estudiante de PSD puede estar inscripto para recibir atención medica y nosotros priorizáramos las necesidades de estudiantes/familias que tienen barreras para acceder la atención medica.
- 6. Nosotros creamos Estudiantes Sanos preparados para Éxito Académico y en la Vida.**



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021+ SP

1. **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Fecha:	Apellidos:	1er Nombre:
2.o nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐
Grado:	Escuela:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono celular:	Correo electrónico:	
Por favor marque la categoría que representa con mayor exactitud el origen del estudiante:		
Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Múltiple/Otro/No específico ☐		
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ No deseo responder ☐		
¿El estudiante se considera a sí mismo hispano/latino? ☐ Sí ☐ No		
Si es bilingüe, por favor enumere los lenguajes que habla:		

2. **INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (Usar letra de molde o imprenta.)**

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

3. **Manera preferida de recibir comunicados (Por favor marque una).** Teléfono ☐ Texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo de US ☐

CONTINÚA – VER PÁGINA SIGUIENTE.

Office Use Only

Intl:

Date:



**HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021+ SP**

4. CONTACTO DE EMERGENCIA (Si no podemos contactar a los padres/tutores legales mencionados anteriormente.)

1. Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:
2. Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:

5. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: *Por favor traiga a su cita la tarjeta del seguro, o una copia de los dos lados de la tarjeta.*

Marque todos los que correspondan

Medicaid -		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
CHP+ -		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
Seguro privado – Nombre de la compañía:		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
No tiene seguro Número de personas que vive en su hogar: _____ ¿Cuál el ingreso anual total groso de su familia? (Antes de que se hagan deducciones para la recaudación de impuestos): \$ _____/año Confirmando que mi estudiante no tiene seguro de salud que cubra el costo de los servicios que él o ella está recibiendo, y según mi leal saber y entender, la información financiera de la familia, que se menciona anteriormente, es completa y correcta. <i>Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años de edad)</i>		

Si es necesario, ¿le podríamos contactar con respecto a la información sobre el seguro de salud?

☐ Sí No ☐

¿Cómo se informó sobre el Center (Centro)? (Por favor marque todas las que correspondan):

Póster ☐	Sitio web del PSD ☐	Director(a) atlética(o) ☐
Volante ☐	Alguien le comentó ☐	Consejero(a) ☐
Sitio web de la escuela ☐	Maestro(a) ☐	Personal de la oficina ☐
Boletín escolar ☐	Entrenador(a) ☐	
Noche informativa en la escuela ☐		

Algún otro: _____



**HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
EVERY CHILD PEDIATRICS
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2021+**

Esta oficina está autorizada por las leyes federales de privacidad para usar y dar a conocer su información médica protegida, con fines de tratamiento, pago y funcionamiento de la atención médica. La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos al brindarle nuestros servicios. Dicha información puede incluir los registros de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y solicitar una atención o tratamiento en el futuro. También incluye facturas correspondientes a esos servicios.

TRATAMIENTO: Usaremos y daremos a conocer su información protegida, con el fin de proveer, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, si durante el curso de su tratamiento, el proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica determina que debe consultar a un especialista, dicho proveedor compartirá la información con el especialista en mención, y obtendrá la opinión del último.

PAGO: Su información médica protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica que se le brinden. Si la compañía de seguros de salud solicita información sobre la atención médica que le prestamos, dicha información se le dará a la compañía.

FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar o dar a conocer, según sea necesario, su información médica protegida, para apoyar el funcionamiento de la práctica de su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica. Recibimos servicios de nuestros aseguradores, u otros asociados, tales como evaluación de calidad, mejora de calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo de guías clínicas, programas de capacitación, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Para obtener estos servicios, compartiremos su información con dichos asociados, según corresponda: enfermera escolar, personal escolar auxiliar que preste servicios de atención médica, y personal con licencia para asegurar que los niños asistan a la escuela en un estado saludable.

Podemos usar o dar a conocer su información médica protegida sin su autorización, según sea necesario, en las situaciones que se dan a continuación: De acuerdo con lo requerido por la ley, enfermedades transmisibles, negligencia de la salud, abuso o descuido, requisitos para administrar drogas y alimentos, procesos judiciales, encargados de hacer cumplir la ley, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y Seguridad Nacional, indemnización por accidentes laborales, presos, usos requeridos y divulgaciones. De acuerdo con la ley, debemos darle a conocer a usted, y cuando lo requiera el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Aunque los expedientes médicos y de facturación que guardamos son propiedad física de la oficina, a usted le pertenece la información contenida en dichos expedientes. Usted tiene los derechos que se dan a continuación:

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o proceso civil, penal o administrativo, ni la información médica protegida que esté sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no utilicemos o demos a conocer ninguna parte de su información médica protegida con fines de algún tratamiento, pago o funcionamiento del servicio de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se dé a conocer a miembros de la familia, ni amigos, que puedan estar relacionados con su atención médica, o con fines de hacer una notificación, tal como se describe en este AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Su solicitud debe indicar la restricción específica, y a quién desea que se aplique la restricción. Su proveedor con licencia de prestar servicios de atención médica no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si dicho proveedor cree que a usted le beneficiaría que se permitiera el uso y el dar a conocer su información médica protegida, la información en mención no estará restringida. En ese caso usted tiene el derecho de pedir los servicios de otro proveedor con licencia.

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
EVERY CHILD PEDIATRICS
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2021+

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, si lo solicita, incluso si ha aceptado recibir este aviso de otra manera, por ejemplo, de forma electrónica.

Es posible que tenga el derecho de que su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica enmiende su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo. Podríamos preparar una refutación a su declaración, y le proveeríamos una copia de dicha refutación.

Tiene el derecho de recibir una explicación de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hay, sobre su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, usted tiene el derecho a oponerse o retirarse, según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Nos puede presentar sus quejas o hacerlo al Secretario de Salud y Servicios Humanos, si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja, al notificar a nuestro contacto de privacidad sobre su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los individuos y proporcionarles este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida. Si tiene alguna objeción a este documento, por favor pida hablar en persona con nuestro funcionario de cumplimiento de HIPAA, o por teléfono, llamando a nuestro número principal que se da más adelante.

La firma que se encuentra a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este AVISO DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Fecha del día de hoy _____

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

Nombre del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años).

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años).

Notificación al paciente del uso del intercambio de información médica

Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés) respaldan, apoyan y participan en el intercambio de información médica (conocido en inglés como HIE), como un medio para mejorar la calidad de la salud del paciente, y su experiencia al recibir servicios de atención médica. HIE proporciona a ECP una manera segura y eficiente de compartir electrónicamente la información clínica de su estudiante con otros proveedores de la atención médica que participan en la red HIE. El uso de HIE ayuda a los proveedores de la atención médica de su estudiante a compartir información de manera más eficaz, y brindarle a su estudiante una mejor atención médica. El HIE también permite que el personal de emergencia, y otros proveedores que estén tratando a su estudiante, tengan acceso inmediato a sus datos médicos, que puedan ser críticos para su atención médica. El hacer que la información médica de su estudiante esté disponible a sus proveedores de la atención médica, a través del HIE, también puede reducir los costos, al evitar que se dupliquen las pruebas o procedimientos. Sin embargo, en nombre de su estudiante, usted puede optar por no participar en el HIE de Every Child Pediatrics, o de cancelar alguna decisión de no participación, en cualquier momento.



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR) en
CENTENNIAL HIGH SCHOOL

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO 2021+ SP

Instrucciones: Anote las INICIALES de su nombre en todas las afirmaciones, responda la información que se pida, y firme en la parte inferior de este documento.

_____ Entiendo que los servicios médicos, mentales y de telesalud en el Health and Wellness Center at Centennial High School (the "Center") (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR en CENTENNIAL HIGH SCHOOL) ("el Centro") los proveen las Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés). Doy mi permiso para que el Centro proporcione a mi estudiante algún servicio de atención médica y salud mental, que se menciona a continuación, al estar inscrito(a) en el Centro, cuando el personal de dicho Centro lo aconseje o recomiende:

Cuestionario electrónico médico del estudiante
(Student health electronic questionnaire) (incluye preguntas de salud física y mental)
Chequeos médicos/físicos para deportes Pruebas de laboratorio de rutina

Tratamiento de enfermedades y lesiones menores Manejo de enfermedades crónicas
Remitirle a agencias de la comunidad, para recibir otra atención médica necesaria

_____ Entiendo que el Centro NO ofrece ciertos servicios, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente:

Hospitalización
Atención de emergencia (A excepción de lo que la ley exija.)
Servicios de farmacia
Atención dental restauradora

Puntos de sutura / Enyesar
Tratamiento de problemas médicos o psiquiátricos complejos
Rayos X
Rellenos o extracciones dentales

_____ He leído todo lo anterior, entiendo los servicios que el Health and Wellness Center at Centennial High School ofrece, y solicito que a mi estudiante se le provean los servicios en mención.

_____ Entiendo que el Centro puede servir como doctor/oficina de atención médica primaria para mi estudiante o se puede comunicar con el doctor/la oficina de atención médica primaria que escojo con mi autorización para lanzar información médica.

_____ Entiendo que el Centro mantiene archivos médicos electrónicos. Autorizo la descarga electrónica de la información con respecto a que se satisfacen las condiciones para recibir medicación, al igual que el historial de medicaciones.

_____ Entiendo que el personal del Centro intentará notificarme cuando el profesional médico atienda a mi estudiante, siempre y cuando el proveedor lo considere apropiado. Entiendo que, por ley, en algunos casos los estudiantes pueden tener acceso a la atención médica de manera independiente y confidencial.

_____ Entiendo que esta autorización incluye el permiso para que a mi hijo(a) se le remita (referral) para que reciba atención médica y, si es necesario, se pidan los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de la atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica, tal como lo considere necesario el personal del Centro. Los gastos relacionados con los servicios de la ambulancia, o cuando se le remita a otro proveedor de atención médica de emergencia, serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización se tendrá en consideración para modificar o limitar la responsabilidad y autoridad del Centro, o del Distrito Escolar Poudre, en el manejo de situaciones médicas de emergencia, tal como sea apropiado.

_____ Me esforzaré para estar disponible para la comunicación con respecto a las necesidades médicas de mi estudiante. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos en conexión con todas las formas de hacer un tratamiento, y doy mi autorización, sabiendo lo anterior. Entiendo que es mi deber informar al personal del Centro sobre cualquier cambio en la tutela de mi estudiante. CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

_____ Doy mi autorización para que el personal del Centro tenga acceso a los expedientes de mi estudiante relacionados con sus vacunas, así como otros expedientes escolares que puedan ayudar a que el personal asista a mi hijo(a).

_____ Recibí/Leí la información proveniente del Centro, y las ECP, con respecto al AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (Notice of Privacy Practices for Protected Health Information).

_____ Entiendo que toda la información contenida en los expedientes médicos de mi estudiante es confidencial, y no se dará a conocer a ninguna persona ni agencia que no tenga autorización, sin un permiso por escrito. Esta práctica está en conformidad con la ley de Colorado.

_____ Autorizo al Centro para que comparta o dé a conocer toda, o alguna parte, de la información del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad pertinente a su atención médica, incluyendo, pero sin limitarse al personal de las ECP y del Centro, el médico primario del estudiante, y el/la auxiliar de enfermería, la enfermera, el personal de consejería/salud mental, o entrenadores personal administrativo, enlaces familiares, de la escuela (*inserte el nombre de la escuela*): _____, a la que asiste el estudiante. Si NO quisiera que, a individuos con funciones específicas, se les dé a conocer información de la lista mencionada anteriormente, los excluiré.

_____ Entiendo que el Centro puede compartir, o tener que compartir, la información sobre la atención médica de mi estudiante con ciertas personas o agencias, con el propósito de que se lleve a cabo un tratamiento, funcionamiento de la atención médica, facturación y pagos, o como se requiera por ley, sin tener que pedir mi permiso ni necesitar una autorización firmada.

_____ Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (Department of Public Health and Environment) (CDPHE, por sus siglas en inglés) provee fondos para los servicios de atención médica que yo reciba en este centro de salud, que funciona en una escuela, y puede obtener de manera legal información referente a los servicios provistos a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente de manera individual.

_____ Entiendo que el Centro tiene las horas (el horario) limitadas (por lo general durante las horas de la escuela—lunes a viernes) y esta cerrado por ejemplo en la noche y los fines de semana y los días festivos. Durante los días en que no esté abierto, yo puedo llamar a la oficina de las RMYC en Thornton, al teléfono 1-303-450-3690, para comunicarme con el personal de atención médica que esté disponible, o la línea de la enfermera. Si se presenta una emergencia, llevaré a mi estudiante al centro de urgencias más cercano/llamaré al 911 de inmediato.

_____ Entiendo que el Centro necesita cubrir sus gastos. Proporcionaré la información sobre mi seguro de salud, y doy permiso para que el Centro/RMYC presente una factura a la aseguradora de salud correspondiente de mi estudiante, por los servicios que se hayan recibido. Si no tengo seguro, estoy de acuerdo con discutir si mi familia reúne los requisitos para participar en los programas de salud pública disponibles/las opciones, para obtener un descuento en el costo de servicios médicos basado en una escala.

_____ Entiendo que este formulario de permiso es válido por un periodo de tres años y / o mientras el estudiante está inscrito en el Distrito Escolar de Poudre.

_____ Entiendo que puedo retirar este permiso (llamado revocación) en cualquier momento, a través de una notificación por escrito a el/ la director a) del Centro en el Health & Wellness Center at Centennial High School, situado en la dirección 330 East Laurel Street, Fort Collins, CO 80524. Entiendo que una vez que se reciba la notificación por escrito, el Centro dejará de dar a conocer la información, a partir de ese momento, pero la revocación no aplica a ninguna información que el Centro ya haya dado a conocer.

Acuerdo: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las disposiciones anteriores, y certifico que legalmente tengo autorización para proporcionar esta autorización para que se presten servicios.

☐☐

Nombre del estudiante (Usar letra de molde o imprenta.)

Fecha

**Nombre del padre de familia/tutor legal
(o del estudiante, si es mayor de 18 ntre años)
(Usar letra de molde o imprenta.)**

Firma del padre / tutor (o estudiante si tiene 18 años o más)

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario lo debe llenar el/la paciente y el padre de familia, con anterioridad a la cita con el médico. El médico debe ubicar este historial en el expediente médico.)

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

Medicinas y alergias: Por favor anota todas las medicinas con y sin receta médica, y los suplementos (herbales y alimenticios) que estés tomando en la actualidad.

¿Tienes alergias? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, identifica la alergia específica a continuación.
☐ Medicinas ☐ Polen ☐ Alimentos ☐ Picaduras de insecto.

Explica tus respuestas afirmativas. Haz un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconozcas.

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
1. ¿Alguna vez el médico ha negado o restringido tu participación en deportes por cualquier motivo?				26. ¿Toses, sibilas, o se te dificulta respirar al hacer una actividad física, o después de hacerla?			
2. ¿Tienes algún problema de salud en la actualidad? Si es así, por favor marca el que corresponda: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones ☐ Otros: _____				27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador, o tomado medicina para el asma?			
3. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital como paciente?				28. ¿Alguien de tu familia tiene asma?			
4. ¿Alguna vez has tenido una cirugía?				29. ¿Naciste sin un riñón, ojo, testículo (hombres), tu bazo o cualquier otro órgano, o te falta alguno?			
PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDIOVASCULAR				PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDIOVASCULAR			
5. ¿Alguna vez te has desmayado, o has estado a punto de desmayarte, al HACER una actividad física, o DESPUÉS de hacerla?				30. ¿Tienes dolor en la ingle, o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?			
6. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en tu pecho al hacer una actividad física?				31. ¿Has contraído mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?			
7. Al hacer una actividad física, ¿has sentido alguna vez que tu corazón se acelera, o tiene latidos irregulares?				32. ¿Tienes una erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?			
8. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes problemas cardíacos? Si es así, marca todo lo que corresponda: ☐ Presión arterial alta ☐ Soplo en el corazón ☐ Colesterol alto ☐ Infección en el corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ Otros: _____				33. ¿Has tenido una infección en la piel causada por herpes, o el estafilococo aureus resistente a la meticilina (conocida en inglés como MRSA)?			
9. ¿Alguna vez te ha pedido el médico que te hagan una prueba cardíaca? (Por ejemplo, un electrocardiograma [ECG/EKG], o un ecocardiograma)				34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?			
10. Al hacer una actividad física, ¿te sientes mareado(a), o se te dificulta respirar más de lo esperado?				35. ¿Alguna vez has recibido un golpe en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez has tenido una convulsión que no se pueda explicar?				36. ¿Tienes un historial de un trastorno convulsivo?			
12. Al hacer una actividad física, ¿te cansas más que tus amigos, o con mayor rapidez que a ellos, se te dificulta respirar?				37. ¿Te duele la cabeza cuando realizas actividades físicas?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE TU FAMILIA				PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE TU FAMILIA			
13. ¿Algún miembro de tu familia, o un pariente, ha fallecido por problemas cardíacos, o ha tenido una muerte súbita inesperada, o sin explicación, antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente automovilístico que no se pueda explicar, o el síndrome de muerte infantil súbita)?				38. ¿Después de golpearte o caerte, has sentido alguna vez adormecimiento, hormigueo o debilidad en tus brazos o piernas?			
14. ¿Alguna persona de tu familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?				39. ¿Después de golpearte o caerte, alguna vez no has podido mover tus brazos ni piernas?			
15. ¿Alguien de tu familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o un desfibrilador implantable?				40. ¿Alguna vez te has enfermado al realizar una actividad física en el calor?			
16. ¿Alguna persona de tu familia ha sufrido un desmayo o convulsiones, que no se puedan explicar, o ha estado muy próxima a ahogarse?				41. ¿Con frecuencia te dan calambres musculares al hacer una actividad física?			
PREGUNTAS REFERENTES A HUESOS Y ARTICULACIONES				PREGUNTAS REFERENTES A HUESOS Y ARTICULACIONES			
17. ¿Alguna vez te has lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón que te haya impedido asistir a un entrenamiento o un partido?				42. ¿Tú o alguien de tu familia tiene el rasgo de células falciformes, o la enfermedad?			
18. ¿Alguna vez se te ha roto o fracturado un hueso, o dislocado una articulación?				43. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu vista?			
19. ¿Alguna vez has tenido una lesión que haya requerido que te tomen rayos x, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, te apliquen inyecciones, recibas terapia, utilices un soporte ortopédico, yeso o muletas?				44. ¿Has sufrido alguna lesión en los ojos?			
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?				45. ¿Usas gafas o lentes de contacto?			
21. ¿Alguna vez te han dicho que tienes inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxial, o te han tomado rayos x debido a esto? (Síndrome de Down o enanismo)				46. ¿Usas protectores para los ojos, tal como gafas o visores?			
22. ¿Usas con regularidad un soporte ortopédico, plantilla u otro dispositivo de ayuda?				47. ¿Te preocupa tu peso?			
23. ¿Tienes alguna lesión en un hueso, músculo o articulación que te moleste?				48. ¿Estás tratando de ganar o perder peso, o alguien te lo recomendó?			
24. ¿Tienes alguna articulación que te duela, esté inflamada, se sienta caliente al tocarla, o se ve arrojiza?				49. ¿Estás siguiendo una dieta especial, o evitas ciertos tipos de alimentos?			
25. ¿Tienes algún historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?				50. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?			
				SOLO PARA MUJERES			
				51. ¿Tienes alguna inquietud que desearías discutir con un médico?			
				52. ¿Has tenido alguna vez un ciclo menstrual?			
				53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer ciclo menstrual?			
				54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?			

Explica a continuación tus respuestas afirmativas.

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

Firma del/la deportista _____ Firma del padre de familia/tutor legal _____ Fecha _____