

**LIGA DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE VIRGINIA, INC.**

1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911

**FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/EVALUACIÓN**

Las páginas 1 a 3 DEBEN entregarse a la escuela para ser elegible para los deportes de VHSL.  
Este formulario vence 14 meses después de la fecha de la firma del profesional en la página 3.

Para el año escolar \_\_\_\_\_

**PARTE I - PARTICIPACIÓN ATLÉTICA**

Masculino \_\_\_\_\_

(Para ser completado y firmado por el estudiante y el padre/tutor)

Femenino \_\_\_\_\_

**IMPRIMA CON CLARIDAD**

Nombre \_\_\_\_\_ # ID Estudiantil \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer) (Inicial del Medio)

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Domicilio de los padres \_\_\_\_\_

Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Este es mi \_\_\_\_\_ semestre en \_\_\_\_\_ High School, y mi \_\_\_\_\_ semestre desde que ingresé a noveno grado. El semestre pasado asistí \_\_\_\_\_ School y aprobé \_\_\_\_\_ asignaturas con créditos, y este semestre las estoy cursando. He leído las reglas de elegibilidad individuales resumidas de la Liga de Escuelas Secundarias de Virginia que aparecen a continuación y creo que soy elegible para representar a mi escuela secundaria actual en deportes.

**REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUALIZADAS**

Para ser elegible para representar a su escuela en cualquier competencia deportiva Inter escolar de VHSL, usted:

- Debe ser un estudiante regular y de buena fe con buen historial académico en la escuela que representa.
- Debe estar matriculado en los últimos cuatro años de la escuela preparatoria. (Los estudiantes de octavo grado pueden ser elegibles para el equipo junior varsity).
- Debe haberse matriculado a más tardar el día 15 del semestre actual.
- Para el primer semestre, debe estar matriculado en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, que se ofrezcan para obtener créditos y que puedan utilizarse para graduarse, y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, que se ofrezcan para obtener créditos y que puedan utilizarse para graduarse, el año inmediatamente anterior o el semestre inmediatamente anterior para las escuelas que certifican créditos semestralmente. (Consulte con el director para conocer los requisitos equivalentes). **No se pueden repetir cursos para fines de elegibilidad por los que se haya otorgado crédito previamente.**
- Para el segundo semestre, debe estar inscrito en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, que se ofrezcan para obtener créditos y que puedan utilizarse para graduarse, y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, que se ofrezcan para obtener créditos y que puedan utilizarse para graduarse, el semestre inmediatamente anterior. (Consulte con su director para conocer los requisitos equivalentes).
- Debe no participar en ninguna competencia de VHSL durante 365 días calendario consecutivos después de una transferencia de escuela, a menos que la transferencia corresponda a una mudanza familiar. (Consulte con su director para conocer las excepciones).
- No debe haber cumplido diecinueve años el primer día de agosto del año escolar en curso o antes.
- No debe haber estado inscrito ni haber sido elegible para inscribirse en la escuela preparatoria durante más de ocho semestres consecutivos después de ingresar a noveno grado por primera vez. • Debe haber entregado a su director, antes de cualquier tipo de participación, incluyendo pruebas o prácticas como miembro de cualquier equipo deportivo o de porristas de la escuela, un Formulario de Participación Deportiva/Consentimiento/Evaluación de los Padres, completamente lleno y debidamente firmado, que acredite que ha sido examinado, se le ha determinado que está físicamente apto para la competencia deportiva no más de 14 meses calendario antes de la fecha en que se firmó el informe y que sus padres consienten su participación.
- No debe haber infringido las Reglas de VHSL Amateur, Premios, All Star o Equipos Universitarios. (Consulte con su director para obtener aclaraciones sobre las porristas.)

La elegibilidad para participar en actividades deportivas Inter escolares es un privilegio que se obtiene al cumplir no solo con los estándares mínimos mencionados anteriormente, sino también con todos los demás estándares establecidos por la Liga, el distrito y la escuela. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o duda sobre el efecto que una actividad podría tener en su elegibilidad, **consulte con su director para conocer las interpretaciones y excepciones previstas en las reglas de la Liga.** Cumplir con la intención y el espíritu de las normas de la Liga evitará que usted, su equipo, la escuela y la comunidad sean sancionados. Además, doy mi consentimiento y aprobación para que mi foto y nombre se publiquen en cualquier programa, publicación o video deportivo de la escuela preparatoria o VHSL.

**LAS DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y LOS DISTRITOS VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A LOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE.**

→ Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

→ Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA RESULTARÁ EN LA INELEGIBILIDAD POR UN AÑO.**

**PARTE II - RECONOCIMIENTOS DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO**

(Para ser completado por el padre / tutor)

Doy mi permiso para que \_\_\_\_\_ (nombre del niño/pupilo) participe en cualquiera de los siguientes deportes que NO estén tachados: béisbol, baloncesto, porristas, campo a través, hockey sobre césped, fútbol americano, golf, gimnasia, lacrosse, fútbol, sóftbol, natación/buceo, tenis, atletismo, voleibol, lucha libre, otros (identifique los deportes):

\_\_\_\_\_ He revisado las reglas de elegibilidad individuales y soy consciente de que la participación en deportes conlleva el riesgo de lesiones para mi hijo/pupilo. Entiendo que el grado de peligro y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los de mayor riesgo. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente a los deportes a través de reuniones, folletos escritos u otros medios. Él/ella tiene seguro médico/de accidentes para estudiantes disponible a través de la escuela (sí no); tiene cobertura de seguro de participación deportiva a través de la escuela (sí no); está asegurado por nuestra póliza familiar con:

Nombre de la compañía de seguros médicos: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Soy consciente de que participar en deportes implica viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al deporte y, con este conocimiento, autorizo a mi hijo/a/tuto/a participar en el deporte y viajar con el equipo.

Con esta firma, doy mi consentimiento para que el/los médicos(s) y otro(s) profesional(es) de la salud que yo o la escuela hayamos seleccionado realicen un examen previo a la participación de mi hijo/a y le brinden tratamiento para cualquier lesión o afección derivada de la participación en actividades deportivas para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Asimismo, doy mi consentimiento para que dicho(s) médico(s) o profesional(es) de la salud compartan información pertinente sobre mi hijo/a, relevante para la participación en actividades deportivas, con los entrenadores y otro personal escolar, según se considere necesario.

Además, doy mi consentimiento y aprobación para que la foto y el nombre del estudiante mencionado anteriormente se impriman en cualquier programa deportivo, publicación o video de la escuela secundaria o VHSL.

Para acceder a un seguro médico integral de calidad y bajo costo a través de FAMIS para su hijo, comuníquese con Cover Virginia visitando [www.coverva.org](http://www.coverva.org) o llamando al 855-242-8282.

**PARTE III - FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA \***

(Para ser completado y firmado por el padre/tutor)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

Enumere los problemas de salud importantes que podrían ser importantes para un médico que evalúe a su hijo **en caso de emergencia**:

\_\_\_\_\_

POR FAVOR, ENUMERE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, ETC.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ACTUALMENTE SE LE RECETA AL ESTUDIANTE UN INHALADOR O EPI-PEN? \_\_\_\_\_ LIST THE EMERGENCY MEDICATION: \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN OTRO MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ SI ES ASÍ, ¿QUÉ? \_\_\_\_\_

¿EL ESTUDIANTE USA LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_ FECHA DE ÚLTIMA VACUNA Tdap O Td (TÉTANOS): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA:** En caso de que no se pueda contactar conmigo en caso de emergencia, por la presente doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de \_\_\_\_\_ High School hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y/o anestesia y/o cirugía para la persona nombrada anteriormente.

NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA (DÓNDE PODER CONTACTARLE EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA TARDE (DÓNDE PODER CONTACTARLE EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

→ FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

\* El formulario de permiso de emergencia se puede reproducir para viajar con los equipos respectivos y es aceptable para el tratamiento de emergencia en caso de ser necesario.

→ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA:

Firma del padre/tutor

El examen físico previo a la participación no sustituye un examen anual exhaustivo realizado por el médico de atención primaria del estudiante.

El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe presentarse a una escuela u organización deportiva.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACION

### FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluación o tratamiento adicional
- Médicamente elegible para ciertos deportes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- No apto por razones médicas, pendiente de evaluación adicional
- No apto por razones médicas para ningún deporte

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He examinado al estudiante mencionado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para la práctica y puede participar en el/los deporte(s) descrito(s) en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico se encuentra en mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si surgen afecciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a sus padres o tutores).

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de la salud: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, o PA

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otra Información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia y Medicina Deportiva, y Academia Estadounidense de Osteopatía de Medicina Deportiva. Se concede permiso para su reproducción con fines educativos no comerciales, con el reconocimiento correspondiente.

Este formulario debe incluirse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas ni organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe presentarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una Evaluación Física Previa a la Participación vigente (según las directrices estatales y locales) en su expediente no deberían necesitar completar otro Formulario de Historial.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACION (Orientación provisional)

### FORMULARIO DE HISTORIAL

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Cómo identificas tu género? (F, M, no binario u otro género): \_\_\_\_\_

¿Has tenido COVID-19? (marque uno):  S  N

¿Ha sido vacunado contra el COVID-19? (marque uno):  S  N Si es así, ¿ha tenido?:  Una vacuna  Dos vacunas  Tres vacunas  Fecha(s) de refuerzo Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales.

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, enumere todas las intervenciones quirúrgicas anteriores

---

Medicamentos y suplementos: Enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales).

---

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, por favor, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, picaduras de insectos).

---

Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (círcule la respuesta.)

|  | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|-------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Sentirse nervioso, ansioso o al borde        | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| No poder detener o controlar la preocupación | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| Poco interés o placer en hacer las cosas     | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza  | 0     | 1           | 2                           | 3                   |

(Una suma de  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección.)

| PREGUNTAS GENERALES<br>(Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Marque con un círculo las preguntas si no sabe la respuesta.) |    |    |
|---|----|----|
|   | Si | No |
| 1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?   |    |    |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?   |    |    |
| 3. ¿Tiene algún problema médico en curso o una enfermedad reciente?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA   |    |    |
|   | Si | No |
| 4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después de hacer ejercicio?   |    |    |
| 5. ¿Alguna vez ha sentido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?  |    |    |
| 6. ¿Alguna vez su corazón se acelera, palpita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?                        |    |    |
| 7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?   |    |    |
| 8. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado una prueba cardíaca? Por ejemplo, un electrocardiograma (ECG) o una ecocardiografía                   |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (CONTINUADO)   |          | Si | No |
|--|----------|----|----|
| 9. ¿Se siente mareado o con más dificultad para respirar que sus amigos cuando hace ejercicio?   |          |    |    |
| 10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?   |          |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA  | Inseguro | Si | No |
| 11. ¿Algún familiar o pariente murió por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?  |          |    |    |
| 12. ¿Tiene algún miembro de su familia un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? |          |    |    |
| 13. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?   |          |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES   |  | Si       | No |
|---|--|----------|----|
| 14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perderse una práctica o un partido?                        |  |          |    |
| 15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?   |  |          |    |
| PREGUNTAS MÉDICAS   |  | Si       | No |
| 16. ¿Tiene tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?   |  |          |    |
| 17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o algún otro órgano?  |  |          |    |
| 18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?   |  |          |    |
| 19. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o que aparece y desaparece, incluido herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?                              |  |          |    |
| 20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?  |  |          |    |
| 21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o caído? |  |          |    |
| 22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?   |  |          |    |
| 23. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia el rasgo o enfermedad de células falciformes?  |  | Inseguro |    |
| 24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?  |  |          |    |

| PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUADO)  |  | Si  | No |    |
|---|--|-----|----|----|
| 25. ¿Te preocupa tu peso?   |  |     |    |    |
| 26. ¿Intentas o te han recomendado subir o bajar de peso?                       |  |     |    |    |
| 27. ¿Sigues alguna dieta especial o evitas ciertos tipos o grupos de alimentos? |  |     |    |    |
| 28. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario?                            |  |     |    |    |
| PREGUNTAS MENSTRUALES   |  | N/A | Si | No |
| 29. ¿Alguna vez has tenido la menstruación?                                     |  |     |    |    |
| 30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación?                    |  |     |    |    |
| 31. ¿Cuándo fue tu última menstruación?   |  |     |    |    |
| 32. ¿Cuántas menstruaciones has tenido en los últimos 12 meses?                 |  |     |    |    |

Explique las respuestas "Sí" aquí.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

© 2023 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina del Deporte y Academia Estadounidense de Osteopatía de Medicina del Deporte. Se autoriza la reimpresión con fines educativos no comerciales, siempre que se indique el origen.

Este formulario debe incluirse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas ni organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe presentarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una Evaluación Física Previa a la Participación vigente (según las directrices estatales y locales) en su expediente no deberían necesitar realizar otro examen.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACION (Orientación provisional)

### FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### RECORDATORIOS PARA MÉDICOS

1. Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.
  - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
  - ¿Alguna vez se siente triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
  - ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
  - ¿Ha probado alguna vez cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco para mascar, rapé o tabaco para dipear?
  - Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco para mascar, rapé o tabaco para dipear?
  - ¿Consume alcohol o alguna otra droga?
  - ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabólicos o algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
  - ¿Ha tomado alguna vez suplementos para subir o bajar de peso o para mejorar su rendimiento?
  - ¿Usa cinturón de seguridad, casco y usa condones?
2. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (P4-P13 del Formulario de Historial).

| EXAMINACION   |        |  |
|---|--------|--|
| Estatura:   | Peso:  |  |
| BP: / ( / )   | Pulso: | Vision: D 20/ I 20/ Corregido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| VACUNA DE COVID-19  |        |  |
| Recibió previamente la vacuna de COVID-19 : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N<br>administró la vacuna de COVID-19 en esta visita: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si es SI: <input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Tercera dosis <input type="checkbox"/> Fechas del Refuerzo _____ |        |  |
| MEDICO  | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES  |
| Apariencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, tórax en embudo, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)</li> </ul>  |        |  |
| Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pupilas iguales</li> <li>• Audición</li> </ul>   |        |  |
| Ganglios linfáticos   |        |  |
| Corazón <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soplos (auscultación en bipedestación, auscultación en decúbito supino y ± maniobra de Valsalva)</li> </ul>   |        |  |
| Pulmones  |        |  |
| Abdomen   |        |  |
| Piel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporal</li> </ul>  |        |  |
| Neurológico   |        |  |
| MUSCULOESQUELÉTICO  | NORMAL | HALLAZGOS ANORMALES  |
| Cuello  |        |  |
| Espalda   |        |  |
| Hombro y brazo  |        |  |
| Codo y antebrazo  |        |  |
| Muñeca, mano y dedos  |        |  |
| Cadera y muslo  |        |  |
| Rodilla   |        |  |
| Pierna y tobillo  |        |  |
| Pie y dedos de los pies   |        |  |
| Funcional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sentadilla con ambas piernas, prueba de sentadilla con una pierna y prueba de caída desde un cajón o un escalón</li> </ul>   |        |  |

<sup>a</sup> Considere una electrocardiografía (ECG), una ecocardiografía, una derivación a un cardiólogo en caso de antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en el examen, o una combinación de estos.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de la salud: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, o PA