

¡Hola! – traduje al mejor de mi habilidad este cuestionario de salud que \_\_\_\_\_ necesita para jugar \_\_\_\_\_. Si podría responder sí/no a las preguntas que corresponden a los números en la hoja original, ¡sería perfecto! También, hay estallas azules al lado de donde necesita firmar. Si necesita más información o usted quiere comunicar sobre \_\_\_\_\_ y el equipo, mi correo electrónico es [mhays@brcsd.org](mailto:mhays@brcsd.org).

A. Cuestionario de salud

1. ¿Había una vez que un médico o una enfermera dijo que él no pudiera participar en los deportes?
2. ¿Él tiene una condición medical en curso?
  - a. Asma
  - b. Diabetes
  - c. Ataques epilépticos
  - d. Rasgo drepanocítico
  - e. Otro
3. ¿Haya tenido una operación?
4. ¿Haya quedado la noche en un hospital?
5. ¿Fue diagnosticado durante el mes anterior con mononucleosis?
6. ¿Solo tiene un riñón que funciona?
7. ¿Tiene desorden de hemorragia?
8. ¿Tiene problemas con el oído?
9. ¿Tiene problemas con la visión?
10. ¿Lleva gafas o lentes?
11. ¿Tiene alergias que ponen en riesgo la vida?
  - a. Comida
  - b. Látex
  - c. Polen
  - d. Picadas de insecto
  - e. Medicamentos
  - f. Otros
12. ¿Lleva un auto inyector de epinefrina?
13. ¿Ha dicho que se cansa más rápido que sus amigos durante los ejercicios?
14. ¿Un médico le dijo que tiene asma?
15. ¿Se usa o lleva un inhalador?
16. ¿Haya tenido un golpe a la cabeza que resulto en doler de cabeza, vahído, nausea, confusión, o conmoción cerebral?
17. ¿Haya tenido una conmoción cerebral?
18. ¿Haya tenido dolores de cabeza con el ejercicio?
19. ¿Haya tenido convulsiones sin explico?
20. ¿Presentemente se toma medicamentos para convulsiones?

21. ¿Se usa un soporte ortopédico?
22. ¿Tiene algún aparato especial como una bomba de insulina, un sensor de glucosa, etc?
23. ¿Lleva gafas de protección?
24. ¿Tiene un pariente que sufre de una condición de corazón?
25. Para las mujeres...
26. Para las mujeres...
27. ¿Solo tenga un testículo?
28. ¿Haya tenido dolor de ingle o una hernia de ingle?
29. ¿Haya desmayado durante o después del ejercicio?
30. ¿Haya quejado de vahído durante o después del ejercicio?
31. ¿Haya quejado de doler, tensión, o presión del pecho durante o después del ejercicio?
32. ¿Haya quejado de late anormal, late saltando, o algo así con el corazón?
33. ¿Haya tenido un examen de corazón por un médico?
34. ¿Le dijo un médico que tenga una condición de corazón como... (Si responde sí, ¿cuáles?)
  - a. Infección de corazón
  - b. Hipertensión (presión alta)
  - c. Colesterol alto
  - d. Susurro de corazón
  - e. Hipotensión (presión baja)
  - f. Enfermedad Kawasaki
  - g. Otro
35. ¿Haya tenido una fractura del estrés?
36. ¿Había una vez que no pudiera mover los brazos o las piernas, o haya tenido la sensación de hormigueo, entumecimiento, o debilidad después de un golpe o una caída?
37. ¿Haya tenido una herida, un doler, o inflamación de una articulación que le causó a perder una práctica o partido?
38. ¿Tiene en este momento una herida de un hueso, un muslo, o una articulación que le duele?
39. ¿Hayan convertidos las articulaciones dolorosas, inflamadas, calentadas, o rojas con el uso?
40. ¿Tiene en este momento algunas erupciones, dolores de presión, u otros problemas con la piel?
41. ¿Haya tenido una infección de herpes o SARM?
42. ¿Haya convertido enfermo mientras hacer ejercicio cuando hace calor?
43. ¿Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertas comidas?
44. ¿Se preocupe con su peso?
45. ¿Tiene problemas del estómago?
46. ¿Haya tenido un desorden alimentario?

Por favor, escribir una explicación en las líneas a cualquiera preguntas usted respondió "sí".

B. Información del seguro

Compañía Aseguradora Principal: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Médico principal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital local que prefiere: \_\_\_\_\_