

Springfield, Oregon
Annual Medical History
Athletics Department
Historial Médico Anual
Departamento de Atletismo

Student Name _____ Sex. M F _____ DOB _____
Nombre del Alumno _____ Sexo M F _____ Fecha de Nacimiento _____
Grade _____ Current Sport _____
Grado _____ Deporte Actual _____
Parents/Guardian Name _____
Nombre de los Padres/Guardián _____
Address _____ Home Phone _____
Dirección _____ Teléfono en la casa _____
Mother/Guardian Workplace _____ Work Phone _____
Lugar de empleo de la madre/guardián _____ Teléfono en el empleo _____
Father/Guardian Workplace _____ Work Phone _____
Lugar de empleo del padre/guardián _____ Teléfono en el empleo _____
Health Insurance Co. _____
Compañía Aseguradora _____
Group No. _____ Policy I.D. No. _____
Número de Grupo _____ Número de Póliza _____
Date of Last Physical _____ Family Physician _____ Phone _____
Fecha del último examen _____ Médico Familiar _____ Teléfono _____
Emergency contact when a parent/guardian cannot be reached: Work Phone _____
Contacto de emergencia en caso de no encontrar al padre/guardián Teléfono en el empleo _____
Name _____ Home Phone _____
Nombre _____ Teléfono en la casa _____

Have you had any illness, injury or surgery that restricted activity in the past 12 months? __ Yes __ No

Ha tenido enfermedad, lesión o cirugía que ha limitado su actividad en los últimos 12 meses? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Have you had any illness lasting more than one week in the past 12 months? __ Yes __ No

Ha tenido alguna enfermedad que ha durado más de una semana en los últimos 12 meses? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Have you been examined by a physician or hospitalized in the past 12 months? __ Yes __ No

Le ha examinado un médico o se ha hospitalizado en los últimos 12 meses? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Are you currently under a physician's care? __ Yes __ No

Está ahora recibiendo tratamiento médico? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Have you had an MRI, CT, bone scan, or X-ray in the past 12 months? __ Yes __ No

Ha tenido un MRI, CT, gammagrafía ósea, o radiografía en los últimos 12 meses? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Are you currently taking any medication? __ Yes __ No

Está tomando algún medicamento actualmente? __ Sí __ No

If yes, please describe _____

Si la respuesta es sí, favor de explicar _____

Please check "Y" (yes) or "N"(no) for all of the following. Explain any "Y" answers in the space provided (or use back of sheet). Include the current status of the condition. Please list any allergies or current medications.

Favor de marcar Sí o No para todas las siguientes preguntas. Si alguna respuesta es "SÍ", favor de explicar en el espacio correspondiente (o utilizar el reverso de la hoja). Favor de indicar el estado actual de la enfermedad. Favor de anotar cualquier medicamento que esté tomando actualmente.

Have you ever experienced:

Alguna vez haya tenido:

Condition	Y	N	If Yes, Date	Explanation (Please complete this for any YES answer).
Condición	Sí	No	Si es "Sí", Fecha	Explicación para cualquier respuesta que es Sí
Concussions	___	___	_____	_____
Conmoción cerebral				
Stingers	___	___	_____	_____
Golpe al cuello				
Sprains	___	___	_____	_____
Torcedura				
Strains	___	___	_____	_____
Distensión muscular				
Asthma	___	___	_____	_____
Asma				
Mononucleosis	___	___	_____	_____
Mononucleosis				
Glasses/contacts	___	___	_____	_____
Anteojos/lentes de contacto				
Allergies (bees?)	___	___	_____	_____
Alergias (abejas?)				

Please list any medical conditions the staff should be aware of:

Favor de anotar cualquier condición la cual debe de estar informado el personal: _____

I give permission for my student to participate in ALL sports. I hereby give permission to the District 19 representative to approve hospitalization, secure treatment or medication for the above named student. In

___ Yes ___ No If No, explain: case of an emergency and I cannot be reached, I hereby give my permission to the physician selected by the representative to order injections, anesthesia or surgery for the student named. Any direction to the contrary will be specified on the back of this form.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todos los deportes. Por medio de la presente doy permiso al representante del Distrito 19 para aprobar hospitalización, tratamiento o medicamentos seguros al alumno mencionado arriba. En caso de emergencia, si no es posible contactarme, doy mi permiso para el médico escogido por el representante recetar inyecciones, anestesia o cirugía para el alumno mencionado arriba. Cualquier instrucción al contrario será especificada al reverso de la hoja.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____