



Asociación Atlética Canyon
8102 N. 23rd Ave, Suite E, Phoenix, AZ 85021 Teléfono: 602-
898-1845 info@azcaa.com

AÑO ESCOLAR 2026-2027, EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

(El padre, la madre o el tutor debe completar este formulario con ayuda del estudiante atleta) Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono(s): _____

Fecha de nacimiento: Edad: Género: Grado: _____

Escuela: Deporte(s): _____

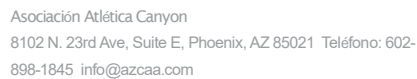
Médico personal: _____

Hospital de preferencia: _____

EMERGENCY CONTACTOS DE EMERGENCIA

1) Nombre Parentesco/relación	
Teléfono (casa): Teléfono (trabajo): Teléfono (celular):	
2) Nombre Parentesco/relación	
Teléfono (casa): Teléfono (trabajo): Teléfono (celular):	

Explique las respuestas «Sí» en la página siguiente. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca. Sí NO		
1) ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido la participación en deportes por algún motivo?		
2) ¿Tiene alguna afección médica continua (como diabetes o asma)?		
3) ¿Actualmente toma medicamentos con o sin receta (de venta libre) o suplementos? (Especifique):		
4) ¿Tiene alergias a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos? (Especifique):		
5) ¿El corazón se le acelera o se salta latidos durante el ejercicio?		
6) ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene (marque todo lo que corresponda): ☐ Presión arterial alta ☐ Sople cardíaco ☐ Colesterol alto ☐ Infección cardíaca ☐		
7) ¿Alguna vez pasó la noche en un hospital?		
8) ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?		



Explique las respuestas «Sí» en la página siguiente. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca. Sí NO		
9) ¿Alguna vez tuvo una lesión (esguince, desgarro muscular o de ligamentos, tendinitis, etc.) que le hiciera faltar a una práctica o partido? (Si responde sí, marque el área afectada en el recuadro de la pregunta 11)		
10) ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados, o articulaciones dislocadas? (Si responde sí, marque el área afectada en el recuadro de la pregunta 11):		
11) ¿Ha tenido una lesión ósea o articular que requiriera radiografías, resonancia magnética, tomografía, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, una férula, un yeso o muletas? (Si responde sí, marque el área afectada en el recuadro siguiente):		
☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Hombro ☐ Brazo ☐ Codo ☐ Antebrazo ☐ ☐ ☐ ☐ Mano/dedos ☐ Pecho ☐ Espalda alta ☐ Espalda baja ☐ Cadera ☐ Muslo ☐ ☐ ☐ ☐ Rodilla ☐ Pantorrilla/espinilla ☐ Tobillo ☐ Pie/dedos del pie ☐ ☐ ☐		
12) ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
13) ¿Alguna vez le han dicho que tiene inestabilidad atlantoaxoidea (del cuello), o le han hecho una radiografía para detectarla?		
14) ¿Usa regularmente una férula o dispositivo de asistencia?		
15) ¿Un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?		
16) ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17) ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
18) ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
19) ¿Nació sin un riñón, ojo, testículo u otro órgano; le falta alguno o alguno no funciona?		
20) ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa en el último mes?		
21) ¿Tiene sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
22) ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes?		
23) ¿Alguna vez tuvo una lesión en la cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluida una conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza por un golpe en la cabeza, quedar aturdido o desorientado)?		
24) ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
25) ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, hormigueo o debilidad en brazos o piernas después de un golpe, una caída, o una lesión de tipo «stinger» o «burner»?		



Asociación Atlética Canyon
8102 N. 23rd Ave, Suite E, Phoenix, AZ 85021 Teléfono: 602-
898-1845 info@azcaa.com

Explique las respuestas «Sí» en la página siguiente. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca. Sí NO		
26) Al hacer ejercicio con calor, ¿sufre calambres musculares intensos o se enferma?		
27) ¿Un médico le ha dicho que usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
28) ¿Alguna vez le han realizado una prueba para detectar el rasgo de células falciformes?		
29) ¿Ha tenido problemas en los ojos o con la visión?		
30) ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
31) ¿Usa protección ocular, como gafas protectoras o protector facial?		
32) ¿Está conforme con su peso?		
33) ¿Está tratando de aumentar o bajar de peso?		
34) ¿Alguien le ha recomendado cambiar su peso o sus hábitos alimentarios?		
35) ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?		
36) ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría hablar con un médico?		
FEMALES ONLY	Sí NO	
37) ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
38) ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
39) ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año?		
EXPLAIN “YES” ANSWERS HERE		
ANTECEDENTES FAMILIARES	SÍ	NO
1) ¿Algún familiar tuvo una muerte repentina, inesperada o sin explicación antes de los 50 años? (Incluya SMSL, accidentes automovilísticos, ahogamiento o casi ahogamiento)		
2) ¿Algún familiar murió repentinamente por «problemas cardíacos» antes de los 50 años?		
3) ¿Algún familiar tiene desmayos o convulsiones sin explicación?		
4) ¿Algún familiar tiene alguna de las siguientes afecciones?		
- Corazón agrandado - Miocardiopatía hipertrófica - Miocardiopatía dilatada - Trastorno del ritmo cardíaco - Síndrome de QT largo - Síndrome de QT corto - Síndrome de Brugada - Marcapasos o desfibrilador implantado - Ataque cardíaco a los 50 años o antes - Síndrome de Marfan (rotura aórtica)		
** Encierre en un círculo las opciones correspondientes **		



Asociación Atlética Canyon
8102 N. 23rd Ave, Suite E, Phoenix, AZ 85021 Teléfono: 602-
898-1845 info@azcaa.com

(El médico debe completar este formulario con ayuda del padre, la madre o el tutor.)

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

Mental Health Screening (PHQ-4)	0-3	N/C
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (0 = Nunca; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días)		
1) Sentirse nervioso, ansioso o al límite		
2) No poder dejar de preocuparse ni controlar la preocupación		
3) Poco interés o placer al hacer cosas		
4) Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza		
Neurological History / Lifestyle & Risk Factors	SÍ	NO
1) ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza?		
2) ¿Consume tabaco o productos de vapeo?		
3) ¿Consume alcohol o drogas ilegales?		
4) ¿Toma suplementos o sustancias para mejorar el rendimiento?		
EXPLIQUE AQUÍ LAS RESPUESTAS SI.		

Concussion & Athletic Acknowledgement	SÍ	NO
1) Reconozco la declaración siguiente.		
Declaración:		
Participar en deportes implica riesgo de lesiones, incluida la conmoción cerebral. He recibido información sobre los síntomas de conmoción cerebral y cómo reportarlos. Entiendo que debo reportar los síntomas de inmediato. Acepto cumplir las reglas de la CAA, incluidas las expectativas de conducta deportiva bajo la supervisión de la CAA.		

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a todas las preguntas anteriores son completas y correctas. Además, reconozco y entiendo que mi elegibilidad puede ser revocada si no he proporcionado información veraz y precisa en respuesta a las preguntas anteriores.

Firma del atleta Firma del padre, madre o tutor Fecha

Firma de MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP Fecha



Asociación Atlética Canyon
8102 N. 23rd Ave, Suite E, Phoenix, AZ 85021 Teléfono: 602-
898-1845 info@azcaa.com

AÑO ESCOLAR 2026-2027,
EXAMEN FÍSICO ANUAL PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: Edad: Género: Estatura: Peso: _____

% de grasa corporal (opcional): _____

Pulso: PA: / (/ , /) _____

Visión: D 20/ I 20/ Pupilas: Iguales Desiguales Corregida: ☐ Sí ☐ No ☐ ☐

	NORMAL	ANORMAL	HALLAZGOS INICIALES*
Médico			
Aspecto general			
Ojos/oidos/garganta/nariz			
Audición			
Ganglios linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario y			
piel			
Musculoesquelético			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/manos/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/dedos del pie			

*Solo para evaluaciones con varios examinadores. Se recomienda que haya una tercera persona presente durante el examen genitourinario.

Notas:

☐ Aprobado sin restricciones ☐ Aprobado con la siguiente restricción: _____

☐ No aprobado para: ☐ Todos los deportes ☐ Ciertos deportes: Motivo: _____

Recomendaciones: _____

Nombre del médico (letra de imprenta): _____ Fecha del examen: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP



Asociación Atlética Canyon
8102 N. 23rd Ave, Suite E, Phoenix, AZ 85021 Teléfono: 602-
898-1845 info@azcaa.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO 2026- 2027

Por lo general, se requiere el consentimiento de los padres para prestar servicios de medicina deportiva a atletas menores de edad. Estos servicios incluyen, entre otros, evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencia, estabilización, tratamiento, rehabilitación y derivación de lesiones y enfermedades, así como decisiones sobre el regreso al deporte después de una lesión o enfermedad. En ocasiones, estos atletas menores necesitan servicios de medicina deportiva antes, durante o después de participar en actividades deportivas, en circunstancias en que el padre, la madre o el tutor legal no está disponible de inmediato para dar su consentimiento respecto de la afección específica del atleta. En tales casos, puede ser indispensable para la salud y seguridad de esos atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para prevenir daños se proporcionen de inmediato y no se retengan ni retrasen debido a dificultades para obtener el consentimiento del padre, la madre o el tutor.

Por consiguiente, como miembro de la Asociación Atlética Canyon (CAA), (nombre de la escuela o distrito) exige, como condición previa para participar en actividades interescolares, que el padre, la madre o el tutor otorgue consentimiento por escrito para que un proveedor médico calificado (QMP, por sus siglas en inglés), empleado o designado por la escuela, el distrito o la CAA, preste al atleta menor los servicios de medicina deportiva necesarios, en la medida que el QMP considere necesaria para prevenir daños al estudiante atleta. Se entiende que el QMP puede ser un entrenador atlético, asistente o profesional de enfermería con licencia del estado de Arizona (o del estado en el que se encuentre el estudiante atleta cuando ocurra la lesión o enfermedad), y que actúa dentro del alcance de su práctica conforme a la licencia estatal correspondiente y demás requisitos de las leyes de Arizona. En emergencias, el QMP también puede ser un paramédico certificado o técnico en emergencias médicas, pero únicamente para prestar atención de emergencia y transporte según las normas estatales y protocolos vigentes, y no para decidir sobre el regreso al deporte.

ESCRIBA A MANO CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

«Yo, _____, quien suscribe, soy el padre, la madre o el tutor legal de _____, menor de edad y estudiante atleta de _____ (nombre de la escuela o distrito), que desea participar en deportes o actividades interescolares.

Entiendo que la escuela, el distrito o la CAA emplea o designa QMP (según la definición anterior) para prestar servicios de medicina deportiva (también definidos anteriormente) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante o después de actividades deportivas, y que en determinadas ocasiones se realizan actividades deportivas fuera de las instalaciones de la escuela o distrito, durante las cuales otros QMP son responsables de prestar dichos servicios de medicina deportiva. Por la presente, doy mi consentimiento para que cualquier QMP preste esos servicios al menor antes mencionado. El QMP puede decidir sobre el regreso al deporte de acuerdo con el alcance de práctica definido en la licencia estatal correspondiente, salvo las limitaciones de las leyes de Arizona. También entiendo que el QMP puede conservar documentación sobre cualquier servicio de medicina deportiva prestado al menor antes mencionado. Por la presente, autorizo al QMP que preste dichos servicios a divulgar información sobre la lesión o enfermedad, evaluación, afección, tratamiento, rehabilitación y estado de regreso al deporte del atleta a quienes, según el criterio profesional del QMP, necesiten esa información para asegurar el tratamiento y recuperación óptimos, y proteger la salud y seguridad del menor. Entiendo que dicha información puede divulgarse a los entrenadores, director deportivo y enfermero escolar del menor antes mencionado, a cualquier docente que deba proporcionar adaptaciones académicas para facilitar la recuperación del estudiante atleta y su regreso seguro a la actividad, y a cualquier QMP tratante.

Si el padre, la madre o el tutor considera que el menor necesita tratamiento adicional o servicios de rehabilitación por la lesión o enfermedad, el menor puede ser atendido por el médico o proveedor de su elección. Sin embargo, entiendo que toda decisión sobre el regreso a la actividad el mismo día después de una lesión o enfermedad será tomada por el QMP empleado o designado por la escuela, el distrito o la CAA.

Fecha: Firma: