## Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela:		
Para participar en un equipo o escuadrón a cada estudiante cuyo examen físico se con deberá proporcionar un cuestionario de ac el padre o tutor del estudiante.	npletó más de 90 días antes del p	orimer día de práctica oficial completado y firmado por
Estudiante:	Edad:	Grado:
Fecha del último examen físico:		
Desde el último examen físico previo a la	participación, ¿su hijo / a:	
1. ¿Se le ha recomendado médicamente qu	ie no participe en un deporte? S	i No
En caso afirmativo, describa en detalle:		
2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha la cabeza?	Si	***************************************
En caso afirmativo, explique en detalle:	·	
3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / d	islocado / dislocado algún múscu	ılo o articulación?
Si No		
En caso afirmativo, describa en detalle:		
4. ¿Desmayado? Si No La CEn caso afirmativo, fue durante o inme	ediatamente después del ejercicio	?

5.	¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí No En caso afirmativo, describa:	
6.	¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí No	
7.	¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Si No Si es sí, explíquelo en detalle:	
8.	Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí No	
9.	¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí No	
10.	¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí No	
	Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí No	
	Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí No	
Fec	ha: Firma del padre / tutor:	

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.