



## KSHSAA- CUESTIONARIO SOBRE COVID-19 PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE-ATLETA

Basados en el conocimiento de posibles problemas cardiopulmonares en adolescentes que han tenido o han estado expuestos a COVID-19, la Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, la Federación Nacional de Asociaciones de Escuelas Secundarias y el Comité Asesor de Medicina Deportiva de KSHSAA recomiendan un chequeo pre-temporada de los estudiantes antes de participar en deportes.

Este cuestionario se debe completar y entregar en la escuela antes de la primera práctica deportiva del estudiante (incluyendo Spirit) del año escolar 2020-21. Se recomienda que los estudiantes/padres completen este formulario 1 o 2 semanas antes del inicio de la temporada en caso de que sea necesario una evaluación de seguimiento. Si el tiempo lo permite, debe hacerse junto con el examen físico previo a la participación del estudiante. Este formulario NO tiene la intención de reemplazar los procedimientos de chequeo diarios recomendados para todos los estudiantes que participan en actividades.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

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

Por favor marque Sí o No para cada pregunta y síntoma listado abajo.

	SÍ	NO
¿Le han diagnosticado o ha dado positivo en una prueba de COVID-19?		
Si respondió SÍ, fecha del diagnóstico o resultado positivo de la prueba: _____		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas dos semanas?		
Fiebre		
Tos		
Falta de aire o dificultad para respirar		
Escalofríos		
Dolor, presión u opresión en el pecho con el ejercicio		
Fatiga o dificultad para hacer ejercicio		
Frecuencia cardiaca acelerada		
Mareos inusuales		
Pérdida del gusto o del olfato		
Dolor de garganta		
Náusea, vómito o diarrea		
Sarpullido o decoloración dolorosa de los dedos de las manos o los pies		
¿Tiene un familiar o miembro del hogar con COVID-19 actual o pasado?		

Cualquier estudiante-atleta que marque "Sí" en cualquiera de las preguntas o síntomas anteriores, debe ser evaluado por un proveedor de cuidados médicos y entregar en la escuela una autorización por escrito del proveedor de cuidados médicos, antes de que se le permita participar en deportes (incluyendo las actividades Spirit).

### Firmas requeridas

\_\_\_\_\_  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## KSHSAA- CUESTIONARIO SOBRE COVID-19 PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE-ATLETA

**ESTA PÁGINA SOLO NECESITA COMPLETARSE SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE LA PÁGINA 1.**

### **Sección de Autorización del Proveedor de Cuidados Médicos:**

(Deberá ser completada por un MD, DO, DC, PA-C, APRN)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he revisado el historial previo del estudiante de enfermedad y/o exposición a COVID-19.

- El estudiante es médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
- El estudiante no es médicamente elegible para ningún deporte en este momento

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

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

Nombre del proveedor de cuidados médicos: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de cuidados médicos: \_\_\_\_\_  
MD, DO, DC, PA-C, APRN

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_