

Entrenamiento atlético de East Central ISD

March 23, 2026

A los padres de los atletas de East Central ISD:

Nos complace que su hijo haya decidido participar en atletismo en East Central. El atletismo ofrece una gran oportunidad para la actividad extracurricular y es una excelente oportunidad para el desarrollo del carácter. Este paquete contiene toda la información requerida por la Liga Interescolar Universitaria y ECISD para que su hijo pueda participar en atletismo. **TODOS** los estudiantes-atletas en los grados 7-12 deben hacerse un nuevo examen físico antes de cada año escolar de acuerdo con la política de ECISD. Realizaremos exámenes físicos en 2 fechas: **LUNES 4 DE MAYO @ EAST CENTRAL HIGH SCHOOL en el GAME GYM y LUNES 18 DE MAYO @ LEGACY MIDDLE SCHOOL en la CAFETERÍA. Las evaluaciones físicas comenzarán a las 4:30 p.m. y terminarán a las 6:30 p.m. en ambos días. El costo del examen físico será de \$25.00. SOLO EFECTIVO O CHEQUE, POR FAVOR.** El personal de entrenamiento atlético irá a las escuelas intermedias antes del 6 de mayo y realizará lecturas de altura, peso, presión arterial y visión a todos los estudiantes-atletas. Esto agilizará el proceso. La noche de los exámenes físicos, los estudiantes pueden saltarse esta parte e ir directamente al médico para que los examine.

Visite el siguiente sitio web: eastcentralisd.rankonesport.com; y complete los siguientes formularios: "UIL/Formularios de Participación de Atletas" y "Formularios de Emergencia y Viaje". TODAS las cajas deben tener algo en ellas. Si no tiene esa información, coloque "NA" en esas casillas. El formulario no se enviará si las casillas se dejan en blanco. Una vez que haga clic en el botón "Enviar", los formularios se cargan en nuestra base de datos; No es necesario imprimirlos y enviarlos a la escuela. Si pierde el formulario físico adjunto, puede descargar e imprimir una copia desde el mismo sitio web en la pestaña "Descargar e imprimir". Este es el único formulario que se debe traer a la escuela, ya que el médico debe completar este formulario. Todos estos formularios deben estar archivados antes de que su hijo pueda participar en **CUALQUIER PRÁCTICA ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA.**

Devuelva la página adjunta de Historial Médico/Examen Físico al Centro de Entrenamiento Atlético antes del viernes 17 de abril de 2026 para que los entrenadores de atletismo revisen si planea hacerse un examen físico en ECHS o Legacy. Si va a llevar a su hijo a su médico personal, guarde la historia clínica y las páginas del examen físico hasta que el médico haya completado el examen físico y luego devuélvalo a los entrenadores deportivos.

Si su hijo está cubierto por una póliza de seguro médico, proporcione toda la información en caso de que su hijo requiera atención médica de emergencia. El seguro personal debe aplicarse inicialmente con respecto a TODAS las facturas médicas. El seguro deportivo de la escuela se aplicará después de que el atleta haya solicitado su seguro personal o no tenga seguro personal. El seguro deportivo de la escuela solo cubre accidentes/lesiones sufridas en el **programa atlético supervisado**. Actividades como el "gimnasio abierto" **no están** cubiertas. Cualquier saldo restante después de que todos los seguros hayan pagado será responsabilidad del padre/tutor.

Si tiene alguna pregunta, llame al (210) 634-7122 o envíe un correo electrónico a athletictraining@ecisd.net.

Derek Dixon LAT
Entrenador de atletismo
Ext: 2154
E: Derek.dixon@ecisd.net

Tannah Salinas MAT, LAT, ATC
Entrenador de atletismo
Ext: 2122
E: Tannah.salinas@ecisd.net



El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** *cada año* para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Grado: _____ Escuela: _____

Médico personal _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	☐	☐	13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	☐	☐
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año?	☐	☐	¿Tiene asma?	☐	☐
3. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	☐	☐	¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	☐	☐
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas?	☐	☐	14. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	☐	☐
¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐	¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	☐	☐
¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐	15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐	En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:		
¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐	☐ Cabeza ☐ Codo ☐ Pie		
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	☐	☐	☐ Cuello ☐ Antebrazo ☐ Muslo		
¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?	☐	☐	☐ Espalda ☐ Muñeca ☐ Rodilla		
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐	☐ Pecho ☐ Mano ☐ Tobillo		
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	☐	☐	☐ Hombro ☐ Canilla/Pantorrilla ☐ Dedo		
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	☐	☐	☐ Brazo		
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐	16. ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora?	☐	☐
¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	☐	☐	17. ¿Se siente estresado?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____			18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____			<i>Solo mujeres</i> Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional médico		
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)	☐	☐	19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____ con un profesional médico		
¿Alguna vez ha convulsionado?	☐	☐	¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____		
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐	¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____		
¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado?	☐	☐	¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____		
5. ¿Le falta algún órgano par?	☐	☐	¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año?		
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	<i>Solo hombres</i> Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional médico		
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre). o utiliza un inhalador?	☐	☐	20. ¿Tiene dos testículos? _____		
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	☐	☐	Tiene hinchazón o masas en los testículos? _____		
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐			
10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐			
11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐			
12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐			

OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: _____ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____ Firma: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ PA: _____ / _____ (____/____, ____/____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

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

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, **debe** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. *** La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres) si está indicado			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

- ☐ Autorizado
☐ Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____

☐ No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.