

Huntington Union Free School District - NYSED Interval Health History for Athletics - 3 PAGES	
Student Name:	DOB
School Name:	Age
Grade (check): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	Limitations: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Sport	Date of last Health Exam:
Sport Level: <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity	Date form completed:
MUST be completed and signed by Parent/Guardian - Give details to any YES answers on the last page.	

DOES OR HAS YOUR CHILD		
GENERAL HEALTH	NO	YES
Ever been restricted by a health care provider from sports participation for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever spent the night in a hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Been diagnosed with mononucleosis within the last month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have only one functioning kidney?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have a bleeding disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have any problems with hearing or have congenital deafness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have any problems with vision or only have vision in one eye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have an ongoing medical condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, check all that apply:		
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease	
<input type="checkbox"/> Other:		
Have Allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, check all that apply		
<input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> Insect Bite	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Other:	
Ever had anaphylaxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carry an epinephrine auto-injector?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRAIN/HEAD INJURY HISTORY	NO	YES
Ever had a hit to the head that caused headache, dizziness, nausea, confusion, or been told they had a concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receive treatment for a seizure disorder or epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had headaches with exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had migraines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOES OR HAS YOUR CHILD		
BREATHING	NO	YES
Ever complained of getting extremely tired or short of breath during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Use or carry an inhaler or nebulizer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wheeze or cough frequently during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever been told by a health care provider they have asthma or exercise-induced asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEVICES / ACCOMMODATIONS	NO	YES
Use a brace, orthotic, or another device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have any special devices or prostheses (insulin pump, glucose sensor, ostomy bag, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wear a hearing aid or cochlear implant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Let the coach/school nurse know of any device used. Not required for contact lenses or eyeglasses.		
DIGESTIVE (GI) HEALTH	NO	YES
Have stomach or other GI problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had an eating disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have a special diet or need to avoid certain foods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any concerns about your child's weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJURY HISTORY	NO	YES
Ever been unable to move their arms or legs or had tingling, numbness, or weakness after being hit or falling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had an injury, pain, or swelling of a joint that caused them to miss practice or a game?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have a bone, muscle, or joint that bothers them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have joints that become painful, swollen, warm, or red with use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever been diagnosed with a stress fracture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Student Name:		DOB:	
---------------	--	------	--

DOES OR HAS YOUR CHILD		
HEART HEALTH	No	YES
Ever complained of:		
Ever had a test by a health care provider for their heart (e.g., EKG, echocardiogram, stress test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lightheadedness, dizziness, during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pain, tightness, or pressure during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluttering in the chest, skipped heartbeats, heart racing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever been told by a health care provider they have or had a heart or blood vessel problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, check all that apply:		
<input type="checkbox"/> Chest Tightness or Pain	<input type="checkbox"/> Heart infection	
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Heart Murmur	
<input type="checkbox"/> High Cholesterol	<input type="checkbox"/> Low Blood Pressure	
<input type="checkbox"/> New fast or slow heart rate	<input type="checkbox"/> Kawasaki Disease	
<input type="checkbox"/> Has implanted cardiac defibrillator (ICD)		
<input type="checkbox"/> Has a pacemaker		
<input type="checkbox"/> Other:		

DOES OR HAS YOUR CHILD		
FEMALES ONLY	No	YES
Have regular periods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALES ONLY	No	YES
Have only one testicle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have groin pain or a bulge, or a hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SKIN HEALTH	No	YES
Currently have any rashes, pressure sores, or other skin problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ever had a herpes or MRSA skin infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19 INFORMATION		
Has your child ever tested positive for COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If NO, STOP. Go to Family Heart Health History. If YES, answer questions below:		
Date of positive COVID test:		
Was your child symptomatic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did your child see a health care provider for their COVID-19 symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was your child hospitalized for COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was your child diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILY HEART HEALTH HISTORY	
A relative has/had any of the following: Check all that apply:	
<input type="checkbox"/> Enlarged Heart/ Hypertrophic Cardiomyopathy/ Dilated Cardiomyopathy	<input type="checkbox"/> Brugada Syndrome?
<input type="checkbox"/> Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy?	<input type="checkbox"/> Catecholaminergic Ventricular Tachycardia?
<input type="checkbox"/> Heart rhythm problems, long or short QT interval?	<input type="checkbox"/> Marfan Syndrome (aortic rupture)?
	<input type="checkbox"/> Heart attack at age 50 or younger?
	<input type="checkbox"/> Pacemaker or implanted cardiac defibrillator (ICD)?
A family history of:	
<input type="checkbox"/> Known heart abnormalities or sudden death before age 50?	<input type="checkbox"/> Structural heart abnormality, repaired or unrepaired?
<input type="checkbox"/> Unexplained fainting, seizures, drowning, near drowning, or car accident before age 50?	

If you answered **NO** to **all** questions, **STOP.** Sign and date below.
GO to page 3 if you answered **YES** to a question.

Parent/Guardian Signature:	Date:
----------------------------	-------

If you give permission for your child to be examined by the school physician for sports clearance, please sign below:

Parent/Guardian Signature:	Date:
----------------------------	-------

Student Name:		DOB:	
------------------	--	------	--

If you answered **YES** to any questions give details. Sign and date below.

Parent/Guardian Signature:	Date:
-------------------------------	-------

Distrito Escolar de Huntington - NYSED Historial de salud de intervalos para atletismo – 3 PÁGINAS

Nombre del estudiante:	Fecha de Nacimiento
Nombre de la escuela:	Edad
Grado (cheque): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	Limitaciones: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deporte	Fecha del último examen de salud:
Nivel Deportivo: <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity	Fecha de llenado del formulario:
DEBE ser completado y firmado por el padre/tutor. Proporcione detalles a cualquier respuesta SÍ en la última página.	

TIENE SU HIJO/A		
SALUD GENERAL	No	Si
Alguna vez ha sido restringido por un proveedor de atención médica de la participación deportiva por cualquier motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez te operaron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pasó la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado con mononucleosis dentro el mes pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un solo riñón en funcionamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema con la audición o tiene sordera congénita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema con la visión o solo tiene visión en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una condición médica en curso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Rasgo o enfermedad de células falciformes		
¿Tienes alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Picadura de insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Alguna vez ha tenido anafilaxia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un autoinyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES CEBRALES/CABEZA	No	Si
¿Alguna vez ha tenido un golpe en la cabeza que le causó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le han dicho que tenían una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibir tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIENE SU HIJO/A		
RESPIRACIÓN	No	Si
¿Alguna vez se ha quejado de estar extremadamente cansado o le falta el aire durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza o lleva con usted un inhalador o nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sibilancias o tos frecuentes durante o después ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene asma o asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS / ACOMODACIONES	No	Si
¿Utiliza un aparato ortopédico, ortopédico u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene algún dispositivo especial o prótesis (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Use gafas protectoras, como gafas o un careta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa un audífono o un implante coclear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infórmele al entrenador/enfermera de la escuela sobre cualquier dispositivo utilizado. No se requiere para lentes de contacto o anteojos.		
SALUD DIGESTIVA	No	Si
¿Tiene problemas estomacales u otros problemas gastrointestinales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertos alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna preocupación sobre la salud del peso de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIAL DE LESIONES	No	Si
¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas o ha tenido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de ser golpeado o caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez ha tenido una lesión, dolor o inflamación de una articulación que les hizo perder la práctica o un juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un hueso, músculo o articulación que le molesta a ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tienen articulaciones que se vuelven dolorosas, hinchadas, calientes, o rojo con el uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le han diagnosticado una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
-----------------------	--	----------------------	--

TIENE O HA TENIDO SU HIJO(A)		
SALUD DE CORAZON	No	Si
Alguna vez se quejó de:		
¿Alguna vez se ha hecho una prueba por parte de un proveedor de atención médica para su corazón (p. ej., electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aturdimiento, mareos, durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolor, opresión o presión en el pecho durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Revoloteo en el pecho, latidos saltados, corazón acelerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tiene o ha tenido un problema del corazón o de los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Opresión o dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Presión baja <input type="checkbox"/> Nuevo ritmo cardíaco rápido o lento <input type="checkbox"/> La enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Tiene implantado un desfibrilador cardíaco (DCI) <input type="checkbox"/> Tiene un marcapasos <input type="checkbox"/> Otro:		

TIENE O HA TENIDO SU HIJO(A)		
SOLO MUJERES	NO	Si
¿Tiene períodos regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO VARONES	NO	Si
¿Tienes un solo testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en la ingle, un bulto o una hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DE LA PIEL	NO	Si
Actualmente tiene erupciones, úlceras por presión o otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN SOBRE COVID-19		
¿Alguna vez su hijo(a) ha dado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si NO , PARE AQUI. Vaya a Historial de salud cardíaca familiar. En caso afirmativo , responda las preguntas a continuación:		
Fecha de prueba COVID positiva:		
¿Su hijo(a) era sintomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consultó su hijo(a) a un proveedor de atención médica por sus síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tu hijo(a) fue hospitalizado por COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo(a) fue diagnosticado con Multisystem Síndrome Inflamatorio (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD DEL CORAZÓN	
Un familiar tiene/tuvo alguno de los siguientes:	
Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Corazón agrandado / miocardiopatía hipertrófica / dilatado. <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> ¿Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho? <input type="checkbox"/> ¿Problemas de ritmo cardíaco, intervalo QT largo o corto?	<input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> ¿Taquicardia ventricular catecolaminérgica? <input type="checkbox"/> ¿Síndrome de Marfan (rotura aórtica)? <input type="checkbox"/> ¿Ataque cardíaco a los 50 años o antes? <input type="checkbox"/> ¿Marpasos o desfibrilador cardíaco implantado (DCI)?
Una historia familiar de:	
<input type="checkbox"/> ¿Anomalías cardíacas conocidas o muerte súbita antes de los 50 años? <input type="checkbox"/> ¿Anomalía estructural del corazón, reparada o no reparada? <input type="checkbox"/> ¿Desmayos inexplicables, convulsiones, ahogamiento, casi ahogamiento o accidente automovilístico antes de los 50 años?	
Si respondió NO a todas las preguntas, PARE . Firme y ponga la fecha a continuación. VAYA a la página 3 si respondió SÍ a una pregunta.	
Firma de Padre/Tutor	Fecha:
Si da permiso para que el médico de la escuela examine a su hijo para obtener la autorización para deportes, firme a continuación:	
Firma de Padre/Tutor	Fecha:

