



STATE OF NEW JERSEY

DEPARTMENT OF EDUCATION

A Memo from the New Jersey Department of Education

Fecha: 22 de mayo de 2024

Para: Líderes de Agencias Educativas Locales, Administradores de Escuelas Privadas Aprobadas para Estudiantes con Discapacidades, Administradores de Escuelas No Públicas

Enviar A: Directores, Enfermeros Escolares, Médicos Escolares, Directores Deportivos, Entrenadores Deportivos

De: Kathy Ehling, Comisionada Auxiliar
División de Servicios Educativos

Evaluación Física Previa a la Participación Actualizada

La Evaluación Física Previa a la Participación (PPE, *Preparticipation Physical Evaluation*), comúnmente denominada "formulario de examen físico para deportes", ha sido actualizada. La PPE fue actualizada conjuntamente por la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (*American Academy of Family Physicians*), la Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*), el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva (*American College of Sports Medicine*), la Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva (*American Medical Society for Sports Medicine*), la Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva (*American Orthopaedic Society for Sports Medicine*) y la Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva (*American Osteopathic Academy of Sports Medicine*) en 2019 y en 2023. El formulario de examen físico para deportes fue adaptado para cumplir con las leyes de New Jersey y fue adoptado por el Departamento de Educación de New Jersey (*NJDOE, New Jersey Department of Education*).

Hubo un cambio en los requisitos para la presentación de la PPE actualizada. No es necesario presentar el Formulario de Historial y el Formulario de Examen Físico del paquete a la escuela del estudiante. El proveedor de atención médica que complete la PPE debe conservar el Formulario de Historial y el Formulario de Examen Físico. Solo se debe presentar a la escuela el Formulario de Elegibilidad Médica. El Formulario de Elegibilidad Médica proporciona un espacio para que el proveedor de atención médica comparta con la escuela información sobre la salud relevante, si es necesario, e incluye una recomendación sobre la capacidad del estudiante para participar en deportes. Es importante destacar que la PPE debe ser realizada por un médico autorizado, enfermero de práctica avanzada o asistente médico que haya completado el módulo de desarrollo profesional sobre evaluación cardíaca de estudiantes deportistas desarrollado por el NJDOE.

Una vez que se presente a la escuela, el Formulario de Elegibilidad Médica debe ser conservado en el expediente de salud del estudiante y registrado en el A-45. Conforme a 6A:16-2.4, 2.2(h)1iv y 2.3(a)4iv del Código Administrativo de New Jersey (N. J. A. C., *New Jersey Administrative Code*), cada distrito escolar tiene la obligación de "proporcionar a los padres una notificación por escrito **firmada** por el médico escolar que indique que se aprueba la participación del estudiante en deportes sobre la base del informe médico, o las razones por las que el médico escolar no aprueba la participación del estudiante". Los distritos desarrollarán e implementarán sus propios procedimientos para notificar a los padres si se aprueba o no que su hijo/hija participe en deportes.

Si la PPE de un estudiante se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial en una temporada deportiva, aún se requiere un Cuestionario de Actualización de Historial de Salud (a menudo denominado formulario de actualización de 90 días).

Los formularios actualizados y un documento con preguntas frecuentes se encuentran disponibles en la [página de información para Estudiantes Deportistas del NJDOE](#).

El uso de los nuevos formularios será gradual. Se aceptarán los formularios anteriores para cualquier examen físico que haya sido completado antes del 1 de julio de 2024. Los distritos deberían empezar el proceso de implementación usando y distribuyendo los nuevos formularios de inmediato.

Información de contacto

Las preguntas pueden ser dirigidas a healthysch@doe.nj.gov.

CC: Miembros, Junta de Educación Estatal
Personal del NJDOE
NJ LEE Group
Statewide Parent Advocacy Network
Garden State Coalition

Este formulario debe ser conservado por el proveedor de atención médica que complete el examen físico (centro médico). No se debe compartir con las escuelas. El único formulario que se debe presentar en la escuela es el formulario de elegibilidad médica. El examen físico debe ser completado por un proveedor de atención médica que sea un médico autorizado, enfermero de práctica avanzada o asistente médico que haya completado el Módulo de Desarrollo Profesional sobre Evaluación Cardíaca de Estudiantes Deportistas.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Orientación Interina)

FORMULARIO DE HISTORIAL

Importante: Completa y firma este formulario (con tus padres, si eres menor de 18 años) antes de tu cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____ Deportes: _____

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexo): _____ ¿Cómo identificas tu género? (F, M, no binario u otro género): _____

¿Tuviste COVID-19? (Marca una opción): S N

¿Has sido vacunado contra el COVID-19? (Marca una opción): S N Si la respuesta es sí, recibiste: Una vacuna Dos vacunas
 Tres vacunas Fechas de los refuerzos _____

Enumera las afecciones médicas pasadas y actuales. _____

¿Alguna vez tuviste una cirugía? Si la respuesta es sí, enumera todos los procedimientos quirúrgicos pasados. _____

Medicamentos y suplementos: Enumera todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbarios y nutritivos).

¿Tienes alguna alergia? Si la respuesta es sí, enumera todas las alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, picadura de insectos).

Cuestionario sobre la Salud del Paciente, Versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? (Encierra la respuesta en un círculo).

	Para nada	Varios días	La mitad de los días	Casi todos los días
Sentirte nervioso, ansioso o tenso	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparte o controlar la preocupación	0	1	2	3
Sentir poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirte triste, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3

(Un total de ≥ 3 se considera positivo en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de evaluación).

PREGUNTAS GENERALES (Explica las preguntas que respondas con "Sí" al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas no sepas).			Sí	No
1. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría comentar con tu proveedor?				
2. ¿Alguna vez un proveedor no autorizó o limitó tu participación en deportes por algún motivo?				
3. ¿Tienes alguna afección médica o enfermedad crónica?				
PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA			Sí	No
4. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayas mientras hacías ejercicio o después?				
5. ¿Alguna vez sentiste molestia, dolor, tensión o presión en el pecho al hacer ejercicio?				
6. ¿Alguna vez sentiste que tu corazón se aceleraba, palpitaba en tu pecho o latía de manera irregular cuando hacías ejercicio?				
7. ¿Alguna vez un médico te dijo que tenías un problema cardíaco?				
8. ¿Alguna vez un médico solicitó que hicieras una prueba cardíaca? Por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma.				

PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA (CONTINUACIÓN)				Sí	No
9. ¿Te mareas o te quedas sin aliento con más facilidad que tus amigos cuando haces ejercicio?					
10. ¿Alguna vez tuviste una convulsión?					
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE TU FAMILIA			No estoy seguro	Sí	No
11. ¿Tienes algún familiar que haya fallecido a causa de problemas cardíacos o haya fallecido de repente de manera inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluidos por ahogo o un accidente automovilístico inexplicable)?					
12. ¿Alguien de tu familia sufre de problemas cardíacos hereditarios, como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?					
13. ¿A alguien de tu familia se le colocó un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años?					

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez tuviste una fractura por estrés o te lesionaste un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón y no pudiste asistir a una práctica o un juego?			
15. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que te moleste?			
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tienes tos, silbidos o dificultad para respirar MIENTRAS haces ejercicio o DESPUÉS?			
17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo u otro órgano?			
18. ¿Tienes dolor en la ingle o un testículo, o un bulto o hernia dolorosos en la zona de la ingle?			
19. ¿Tienes una erupción cutánea recurrente o una erupción que viene y se va, incluido herpes o <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) resistente a la metilicina?			
20. ¿Alguna vez tuviste conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te produjo confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sentiste entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas o no pudiste mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o caerte?			
22. ¿Alguna vez te enfermaste cuando hacías ejercicio en el calor?			
23. ¿Tú o alguien de tu familia tienen rasgo drepanocítico o enfermedad drepanocítica?	No estoy seguro		
24. ¿Alguna vez tuviste o tienes problemas en los ojos o de vista?			

PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Sí	No	
25. ¿Te preocupa tu peso?				
26. ¿Estás tratando de subir o bajar de peso, o alguien te recomendó que lo hicieras?				
27. ¿Tienes una dieta especial o evitas determinados tipos de alimentos o grupos de alimentos?				
28. ¿Alguna vez tuviste un trastorno alimenticio?				
PREGUNTAS SOBRE LA MENSTRUACIÓN		N/C	Sí	No
29. ¿Alguna vez tuviste una menstruación?				
30. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera menstruación?				
31. ¿Cuándo fue tu menstruación más reciente?				
32. ¿Cuántos períodos tuviste en los últimos 12 meses?				

Explica las respuestas que respondiste con "sí" aquí.

Por medio del presente, certifico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del deportista: _____

Firma del padre/la madre o el tutor: _____

Fecha: _____

Este formulario debe ser conservado por el proveedor de atención médica que complete el examen físico (centro médico). No se debe compartir con las escuelas. El único formulario que se debe presentar en la escuela es el Formulario de Elegibilidad Médica.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO PARA DEPORTISTAS CON DISCAPACIDADES COMPLEMENTO DEL HISTORIAL DEL DEPORTISTA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Tipo de discapacidad:		
2. Fecha de discapacidad:		
3. Clasificación (si corresponde):		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, lesión, otro):		
5. Enumera los deportes en los que participas:		
	Sí	No
6. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico, un dispositivo de asistencia o una prótesis para las actividades de la vida cotidiana?		
7. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico especial o dispositivo de asistencia para realizar deportes?		
8. ¿Tienes sarpullido, llagas u otros problemas en la piel?		
9. ¿Tienes pérdida de audición? ¿Usas un audífono?		
10. ¿Tienes una discapacidad visual?		
11. ¿Usas algún dispositivo especial para la función vesical e intestinal?		
12. ¿Sientes ardor o molestia al orinar?		
13. ¿Alguna vez tuviste disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez te diagnosticaron una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tienes espasticidad muscular?		
16. ¿Tienes convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicamentos?		

Explica las respuestas que respondiste con "sí" aquí.

Indica si alguna vez tuviste alguno de los siguientes:

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Radiografía para diagnosticar inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Bazo dilatado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en brazos o manos		
Debilidad en piernas o pies		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la habilidad para caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explica las respuestas que respondiste con "sí" aquí.

Por medio del presente, certifico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del deportista: _____

Firma del padre/la madre o el tutor: _____

Fecha: _____

Este formulario debe ser conservado por el proveedor de atención médica que complete el examen físico (centro médico). No se debe compartir con las escuelas. El único formulario que se debe presentar en la escuela es el formulario de elegibilidad médica. El examen físico debe ser completado por un proveedor de atención médica que sea un médico autorizado, enfermero de práctica avanzada o asistente médico que haya completado el Módulo de Desarrollo Profesional sobre Evaluación Cardíaca de Estudiantes Deportistas.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Orientación Interina)

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Considere hacer preguntas adicionales sobre las cuestiones más sensibles.
 - ¿Te sientes estresado o sientes que estás bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez te sientes triste, sin esperanza, deprimido o ansioso?
 - ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?
 - ¿Alguna vez fumaste cigarrillos, cigarrillos electrónicos, masticaste tabaco, tomaste rapé o chupaste tabaco?
 - En los últimos 30 días, ¿usaste tabaco para masticar o chupar o tomaste rapé?
 - ¿Bebes alcohol o usas otras drogas?
 - ¿Alguna vez tomaste esteroides anabólicos o usaste otro suplemento para mejorar el rendimiento?
 - ¿Alguna vez tomaste suplementos para ayudarte a subir o bajar de peso o mejorar tu rendimiento?
 - ¿Usas cinturón de seguridad, casco y condones?
2. Considere repasar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 4 a 13 del Formulario de Historial).

EXAMEN		
Altura: _____	Peso: _____	
Presión arterial: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulso: _____	Visión: D 20/ _____ I 20/ _____ Corrección: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
VACUNA CONTRA EL COVID-19		
Vacuna contra el COVID-19 recibida anteriormente: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Se administró la vacuna contra el COVID-19 en esta visita: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Si la respuesta es "Sí": <input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Tercera dosis <input type="checkbox"/> Fechas de refuerzos _____		
MÉDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> • Estigmas de Marfan (cifoesciosis, paladar ojival, <i>pectus excavatum</i>, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica) 		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> • Pupilas iguales • Audición 		
Ganglios linfáticos		
<ul style="list-style-type: none"> • Corazón^a • Soplos (auscultación de pie, auscultación de espalda, maniobra de Valsalva ±) 		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> • Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieren <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) resistente a la metilina, o tiña corporal 		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Cuello		
Dorso		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos del pie		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sentadillas con dos piernas, prueba de sentadillas con una pierna y prueba de salto desde cajón o bajada de escalón 		

^a Considere electrocardiograma (ECG), ecocardiograma, derivación a un cardiólogo o una combinación de estos para historial cardíaco anormal o hallazgos del examen.

Nombre del profesional de atención médica (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de atención médica: _____, MD, DO, NP o PA

©2019 American Academy of Family Physicians (Academia Estadounidense de Médicos de Familia), American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría), American College of Sports Medicine (Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva), American Medical Society for Sports Medicine (Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva), American Orthopaedic Society for Sports Medicine (Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva) y American Osteopathic Academy of Sports Medicine (Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva). Se autoriza la reimpresión para fines educativos no comerciales con reconocimiento.

Formulario de Elegibilidad Médica de la Evaluación Física Previa a la Participación

El único formulario que se debe presentar en la escuela es el Formulario de Elegibilidad Médica. Se debe mantener en archivo junto con el expediente de salud escolar del estudiante.

Nombre del Estudiante Deportista _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha del Examen _____ Deporte _____

- Médicamente elegible para practicar todos los deportes sin restricciones Año de Graduación: _____
- Médicamente elegible para practicar todos los deportes sin restricciones, con recomendación de más evaluaciones o tratamiento de
- Médicamente elegible para determinados deportes
- No es médicamente elegible; a la espera de más evaluaciones
- No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He revisado el formulario de historial y examinado al estudiante mencionado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El deportista no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar deportes y puede participar en los deportes según se describe en este formulario. Una copia de los hallazgos físicos se encuentra en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela cuando lo soliciten los padres. Si surgen afecciones después de que se autorizó al deportista a participar, el médico puede retirar la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen las posibles consecuencias en su totalidad al deportista (y los padres o tutores).

Firma del médico, APN, PA _____

Sello de la oficina (opcional)

Dirección: _____

Nombre del profesional de atención médica (en letra de imprenta) _____

Certifico que completé el Módulo de Desarrollo Profesional sobre Evaluación Cardíaca desarrollado por el Departamento de Educación de New Jersey.

Firma del proveedor de atención médica: _____

Información sobre Salud Compartida

Alergias _____

Medicamentos:

Otra información: _____

Contactos para Casos de Emergencia: _____