

# GIPS PRE-PARTICIPATION CLEARANCE

**MUST BE COMPLETED AND SIGNED BY ATHLETE BEFORE EXAM**



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Identificación de GIPS: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Cómo identificas tu género? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Haz una las condiciones médicas pasadas y actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una cirugía? Si es así, haz una lista de todos los procedimientos quirúrgicos anteriores.: \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: haz una lista de todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican). \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTAS GENERALES</b> Explica las respuestas "sí" al final de este formulario. (Círcula las preguntas si no sabes la respuesta).	Sí	No
¿Alguna vez un proveedor te ha negado o restringido tu participación en deportes por algún motivo?		
¿Tienes algún problema médico actual o enfermedad reciente?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN</b>	Sí	No
¿Alguna vez has sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
¿Alguna vez tu corazón se acelera, palpita en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
¿Alguna vez te has desmayado o has estado a punto de desmayarte durante o después del ejercicio?		
¿Alguna vez un médico solicitó una prueba para tu corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		

<b>HEART HEALTH QUESTIONS (CONT.)</b>	Sí	No
¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>	Sí	No
¿Has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
¿Te falta un riñón, ojo, testículo (varón), tu bazo o cualquier otro órgano?		
¿Tienes dolor en la ingle o en los testículos o un bulto o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo y debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		

Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
Have you ever had a seizure?		
¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), 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)?		
¿Alguien en tu familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

¿Tienes alguna erupción cutánea recurrente o que aparece y desaparece, incluido herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
¿Toses, respiras con dificultad o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
<b>Explica las respuestas "sí" aquí:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

Por la presente declaro que, a mi mejor entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.  
 Signature of athlete: \_\_\_\_\_

**STOP**

**LA SIGUIENTE SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL PROVEEDOR QUE ADMINISTRA EL EXAMEN**

EXAMINATION		
Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ BP ( <b>NOT</b> exam eligible if > 139/89 on repeat): _____ Pulse: _____ Vision: In Range _____ Out of Range _____ Corrective Lenses: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Comments: _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Appearance</b> · Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
<b>Heart</b> · Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and +/- Valsalva maneuver)		
<b>Lungs</b>		
<b>Groin</b> (IF screen is positive)		
<b>Neurological</b>		

Athlete is cleared  Athlete is **NOT** cleared

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA