

**Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina (South Carolina High School League), los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2022 hasta el final del año escolar 2022-2023.**



## **¿Quiere practicar un deporte en 2022-2023? ¡ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE!**

Estimado(a) padre/madre/tutor:

En 2017, Horry County Schools (HCS) implementaron un nuevo sistema de registro electrónico para hacer deportes. Los padres y los estudiantes deben crear una cuenta en línea y completar el paquete en línea sobre el estado físico previo a la participación. Este paquete en línea debe completarse antes de permitir cualquier participación en actividades deportivas. Para completar este proceso, siga las instrucciones que se describen abajo.

Si ya ha completado previamente una cuenta para padres y estudiantes en **PlanetHS** o **ArbiterAthlete**, simplemente inicie sesión usando el mismo nombre de usuario y contraseña de la cuenta y complete la información requerida para 2022-2023. **Si no recuerda la información de su cuenta, comuníquese con el Departamento de Deportes de la escuela de su hijo.**

**NO CREE UNA SEGUNDA CUENTA SI HA OLVIDADO SU CONTRASEÑA.**

Visite [www.PlanetHS.com](http://www.PlanetHS.com) y haga clic en "Sign up" (Registrarse) o "Log in" (Iniciar sesión). También puede enviar un mensaje de texto con el código de la escuela (vea más abajo) al **69274** para registrarse. **No cree ninguna cuenta ni firme ningún formulario antes del 1 de abril de 2022.**

**TANTO** los padres **COMO** los estudiantes deben crear cuentas separadas y luego **VINCULAR** ambas cuentas. Consulte las siguientes instrucciones sobre cómo vincular las cuentas de los padres y los estudiantes, y cómo completar los formularios con información sobre el estado físico en línea.

### **Registro de la cuenta del deportista y de los padres y llenado del formulario previo a la participación**

1. Diríjase a [www.PlanetHS.com](http://www.PlanetHS.com) y haga clic en "Sign up" (Registrarse).
2. Los padres **Y** el estudiante deberán crear cuentas separadas.
  - A. Los estudiantes deben escribir su primer nombre, segundo nombre y apellido **legales**.
  - B. **A los estudiantes se les recomienda que utilicen su correo electrónico y contraseña de HCS.**  
**Por ejemplo: [Jsmith@g.horrycountyschools.net](mailto:Jsmith@g.horrycountyschools.net)**
  - C. Elija la escuela secundaria en la que participará el estudiante. Más adelante, podrá agregar una escuela intermedia.
3. Una vez que haya iniciado sesión en la cuenta de los padres o del estudiante:
  - A. Complete la información de emergencia.
  - B. Haga clic en "Athletic Forms" (Formularios para actividades deportivas).
  - C. Haga clic en "Athletic Participation" (Participación en actividades deportivas).
  - D. Desplácese hacia abajo y **haga clic** en "**Link Accounts**" (Vincular cuentas) y escriba la dirección de correo electrónico o el número de teléfono del padre/de la madre/del estudiante que necesite vincularse.
4. La otra persona recibirá un correo electrónico/mensaje de texto para confirmar la vinculación de las cuentas. Esta persona verá la invitación y **hará clic** en "**Approve**" (Aprobar).
5. Una vez que las cuentas estén vinculadas, seguirá los pasos B y C nuevamente y luego se desplazará hasta el final de la página.
6. **Haga clic en cada uno de los formularios y complételos como corresponda.**
7. El formulario de **EXAMEN FÍSICO** y el **CERTIFICADO DE NACIMIENTO** deberán cargarse como un documento o una imagen clara (asegúrese de que sea la página del examen físico con la firma del médico, no necesitamos las demás páginas).
8. **Tanto los padres como el estudiante** tendrán que hacer clic en los enlaces a cada formulario desde sus cuentas separadas porque se requerirán ambas firmas antes de la aprobación.

**Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el director de deportes o el entrenador deportivo de la escuela en la que participará.**

#### **Códigos de texto de las escuelas para PlanetHS**

Anyor HS **S564** Carolina Forest HS **S688** Conway HS **S700** Green Sea Floyds HS **S591** Loris HS **S723**  
Myrtle Beach HS **S637** North Myrtle Beach HS **S653** Socastee HS **S623** St. James HS **S640**

**Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2022 hasta el final del año escolar 2022-2023.**

**Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2022 hasta el final del año escolar 2022-2023.**

HORRY COUNTY SCHOOLS

CUESTIONARIO DE SALUD PREVIO A LA PARTICIPACIÓN PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS/EXTRACURRICULARES

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Grado: 7 8 9 10 11 12 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Año escolar 2022-2023) Mes / Día / Año

Deportes que planea jugar (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): Fútbol americano Béisbol Softball Voleibol  
 Lucha libre Esquí de fondo Fútbol Atletismo Natación Golf Lacrosse Animación Tenis NIJROT Equipo de danza

Antecedentes de salud (Responda TODAS las preguntas marcando las casillas que indican SÍ o NO. Encierre TODAS las respuestas afirmativas en el espacio de abajo).

ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD:			
	SÍ	NO	No sabe
1. ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA MÉDICO O LESIÓN FÍSICA DESDE SU ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿TIENE ASMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿TIENE DIABETES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿TIENE PRESIÓN ALTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿TIENE CONVULSIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿TIENE RASGO DE CÉLULAS FALCIFORMES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA MÉDICO IMPORTANTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO HOSPITALIZADO O HA TENIDO UNA CIRUGÍA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿TIENE TOS, SILBIDOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL HACER EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿UTILIZA INHALADOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿TIENE UN ÚNICO ÓRGANO (TESTÍCULO O RIÑÓN)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O TOMA ALGUNO CON REGULARIDAD (CON RECETA O DE VENTA LIBRE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿ALGUNA VEZ HA TOMADO ALGÚN SUPLENTO O VITAMINAS PARA AYUDAR A PERDER PESO, AUMENTAR DE PESO O MEJORAR EL RENDIMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿TIENE ALGUNA ALERGIJA (ESTACIONAL, A INSECTOS, COMIDAS O MEDICAMENTOS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA ERUPCIÓN O URTICARIA DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA EN LA PIEL DIFERENTE DEL ACNÉ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO UNA LESIÓN EN LA CABEZA, LO HAN GOLPEADO, HA PERDIDO LA MEMORIA, HA PERDIDO LA CONSCIENCIA BREVEMENTE O HA TENIDO UNA CONTUSIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿ALGUNA VEZ HA SENTIDO UN ENTUMECIMIENTO O HORMIGUEO EN LOS BRAZOS, MANOS, PIERNAS O PIES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA PUNCIÓN, ARDOR O PINZAMIENTO EN UN NERVIJO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿ALGUNA VEZ SE HA ENFERMADO POR HACER EJERCICIO CUANDO HACE CALOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS, ¿HA TENIDO MONONUCLEOSIS O ALGUNA ENFERMEDAD SIGNIFICATIVA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿TIENE PROBLEMAS EN LOS OJOS/LA VISIÓN O UTILIZA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN O UTILIZA AUDÍFONOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿QUIERE PESAR MÁS O MENOS QUE AHORA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿PIERDE PESO CON REGULARIDAD PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PESO DE SU DEPORTE U OTROS MOTIVOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿SE SIENTE ESTRESADO, MUY CANSADO O DEPRIMIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿EXISTE ALGÚN OTRO PROBLEMA SOBRE EL QUE LE GUSTARÍA HABLAR CON EL MÉDICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES CARDÍACOS:			
1. ¿ALGUNA VEZ UN MÉDICO LE HA DENEGADO O RESTRINGIDO SU PARTICIPACIÓN EN LOS DEPORTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ALGUNA VEZ UN MÉDICO LE HA SOLICITADO UNA PRUEBA DE CORAZÓN? POR EJEMPLO: ECG/EKG, ECOCARDIOGRAMA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿ALGUNA VEZ SE HA DESMAYADO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿ALGUNA VEZ SE HA MAREADO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO DOLOR DE PECHO O HA SENTIDO PRESIÓN EN EL PECHO DURANTE O DESPUÉS DEL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿SE CANSA FÁCILMENTE O MÁS RÁPIDO QUE SUS AMIGOS DURANTE EL EJERCICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PALPITACIONES O ARRITMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿ALGUNA VEZ LE DJERON QUE TENÍA UN SOPLO EN EL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿ALGUNA VEZ LE DJERON QUE TENÍA AGRANDAMIENTO DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA... <input type="checkbox"/> - MURIÓ POR PROBLEMAS DEL CORAZÓN O MUERTE SÚBITA ANTES DE LOS 50 AÑOS? <input type="checkbox"/> - TUVO UN PROBLEMA CARDÍACO GRAVE ANTES DE LOS 50 AÑOS? <input type="checkbox"/> - PADECE EL SÍNDROME DE MARFAN? <input type="checkbox"/> - TIENE CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA, SÍNDROME DE QT LARGO O CUALQUIER OTRA ARRITMIA O CONDICIÓN CARDÍACA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES ORTOPÉDICOS:			
1. ¿ALGUNA VEZ SE HA QUEBRADO O FRACTURADO ALGÚN HUESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ALGUNA VEZ SE HA DISLOCADO DE MANERA TOTAL O PARCIAL ALGUNA ARTICULACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO? <input type="checkbox"/> - CUELLO, COLUMNA O ESPALDA <input type="checkbox"/> - HOMBROS <input type="checkbox"/> - CODOS <input type="checkbox"/> - MUÑECAS, MANOS O DEDOS <input type="checkbox"/> - CADERAS <input type="checkbox"/> - RODILLAS <input type="checkbox"/> - TOBILLOS, PIES O DEDOS DEL PIE <input type="checkbox"/> - OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÚNICAMENTE PARA MUJERES:			
1. ¿SUS PERÍODOS SON REGULARES (CADA MES)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿SUS PERÍODOS SON INTENSOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿CUÁNDO FUE SU PRIMER PERÍODO? MES _____ AÑO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO PERÍODO? MES _____ AÑO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique las respuestas afirmativas anteriores en este espacio: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante deportista: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante deportista: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

*\*\*Una fotocopia o facsimil de este documento se considerará igual que el documento original.*

**Nota: Según las normas de la Liga de Escuelas Secundarias de South Carolina, los exámenes físicos previos a la participación serán válidos desde el 1 de abril de 2022 hasta el final del año escolar 2022-2023.**

HORRY COUNTY SCHOOLS

EXAMEN DE CONTROL DE LA SALUD PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Grado: 7 8 9 10 11 12  
(Año escolar 2022-2023)

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_  
 PA BRAQUIAL I \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PA BRAQUIAL D \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Visión I 20/ \_\_\_\_\_ D 20/ \_\_\_\_\_ Corregida (ENCIERRE EN UN CÍRCULO):  
 Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué? (ENCIERRE EN UN CÍRCULO) Anteojos Lentes de contacto

SALUD GENERAL	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES
CARDIOPULMONAR			
PULSOS (INCLUIDO EL FEMORAL)			
CORAZÓN (POSICIÓN SUPINA, SENTADO, PARADO y DURANTE MANIOBRA DE VALSALVA)			
ESTIGMAS FÍSICOS DEL SÍNDROME DE MARFAN			
PULMONES			
PIEL			
ABDOMEN			
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES
CUELLO			
HOMBROS			
CODOS			
MUÑECAS			
MANOS			
ESPALDA/COLUMNA			
CADERA/PELVIS			
RODILLAS			
TOBILLOS			
PIES			
DENTAL	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES
ENCÍAS Y LENGUA			
DIENTES			
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR			

Autorización (marque una opción):

- AUTORIZADO
- AUTORIZADO DESPUÉS de completar la evaluación/el tratamiento para: \_\_\_\_\_
- NO AUTORIZADO para hacer deporte/actividad (enumerar) \_\_\_\_\_
- NO AUTORIZADO PARA PARTICIPAR EN NINGÚN TIPO DE DEPORTE debido a: \_\_\_\_\_

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico examinador: \_\_\_\_\_

Firma del médico examinador: \_\_\_\_\_ MD, DO, PAC, NP Fecha: \_\_\_\_\_

**Los formularios con información sobre el estado físico DEBEN estar firmados por un médico con licencia (MD), un médico en medicina osteopática (DO), un asistente médico certificado (PAC) o un enfermero practicante (NP) que ejerza bajo la supervisión de un MD o DO con licencia de South Carolina.**