

# FORMULARIOS DE HISTORIAL FÍSICO Y DE SALUD DE DE SMET INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN A LA ACTIVIDAD

2026-2027



Escuela secundaria De Smet  
405 3rd St SW  
De Smet, SD 57231  
(605)854-3674



## INSTRUCCIONES SOBRE LA FORMA FÍSICA(Siga todos los pasos.)

De Smet exige que se realicen exámenes físicos anuales para poder participar en actividades deportivas.

- 1) Complete la página 2 de este formulario, **Asegúrese de no perderse ninguna pregunta.**
- 2) Entregue el formulario al médico para que complete la página 1 (durante su cita). Al final de su cita, asegúrese de **quemantener** las versiones completas de ambas páginas de los formularios físicos (página 1 y 2).
- 3) Haz que tus padres/tutores escaneen o tomen una foto de **ambos** páginas de tu examen físico deportivo completado, que deberán subir al sistema de registro BOUND cuando te registren para tu deporte/actividad.
  - **Es necesario registrarse en BOUND para cada deporte/actividad antes de la práctica.** Las instrucciones se encuentran en la sección siguiente.
  - **NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS EN PAPEL, ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO NI POR FAX.**
  - Cualquier físico con fecha de o posterior **1 de abril de 2026** será válido hasta el año escolar 2026-2027.
- 4) Pida a sus padres/tutores que revisen regularmente el correo electrónico que ingresan en BOUND para ver si hay notificaciones del sistema BOUND o del Departamento de Actividades Escolares de De Smet.

## INSTRUCCIONES DE REGISTRO PARA LA ACTIVIDAD/INSCRIPCIÓN

- **Cada deporte/actividad requiere inscripción por separado**, por el PADRE/TUTOR del estudiante en el programa de gestión estudiantil BOUND.
- Estudiantes no pueden registrarse en BOUND y el registro **NO PUEDE** realizarse a través de la aplicación BOUND.
- Padres (o tutores), deben registrar a su(s) estudiante(s) para cada deporte/actividad seleccionada seleccionando la opción de Registro en el siguiente sitio web: <https://www.gobound.com/sd/schools/DeSmet>. (**Importante: seleccione "Registro" en el menú principal; NO acceda primero al deporte.**)
- Tras seleccionar "Registrarse", se le pedirá que inicie sesión en su cuenta familiar (o que cree una cuenta familiar).
- Después de crear o iniciar sesión en su cuenta familiar, seleccione **2026-2027** para el año si todavía aparece "2025-2026".
- Seleccione el deporte y el nivel adecuados y siga los pasos indicados en el sistema BOUND, utilizando archivos PDF o JPG para las páginas del formulario físico. (Convierta los archivos HEIC a JPG; asegúrese de que el tamaño del archivo no sea inferior al mediano y no recorte los bordes del formulario físico).
  - Aunque inicialmente reciba una notificación de que su registro en BOUND se ha completado, dicha finalización está pendiente de la revisión del formulario físico subido. Si ambas páginas del formulario físico están incompletas, este se eliminará para que pueda completarse y volver a subirse. En ese caso, recibirá una notificación de BOUND que indica que el formulario físico ha sido eliminado o rechazado, generalmente junto con otro correo electrónico de De Smet que especifica qué información falta en el formulario.
  - **Las notificaciones por correo electrónico se enviarán a la dirección de correo electrónico que usted ingrese en el sistema BOUND.**
  - Si el formulario físico del estudiante incluye una nota que requiere una evaluación adicional para su autorización, cargue la autorización (con la firma del profesional médico) en el sistema BOUND una vez que la reciba. Después de cargar la documentación de autorización, notifique también a la oficina del DHS.
- Asegúrate de añadir los nombres y correos electrónicos de todas las personas que deseas que reciban comunicaciones relacionadas con el deporte.

**NOTA:** Clay Target se inscribirá para otoño y/o primavera. Los atletas de Clay Target no necesitan un examen físico deportivo.

**DEPORTES COOPERATIVOS (LUCHA LIBRE) DEBERÁ REGISTRARSE EN EL DISTRITO ESCOLAR DE ARLINGTON** (Hay una opción en el sitio de De Smet para elegir Arlington, por lo que no necesita ir a su sitio web BOUND).

*Para poder optar al curso escolar 2026-2027, el examen debe tener fecha del 1 de abril de 2026 o posterior.*

**SDHSAA PREPARTICIPATION PHYSICAL EXAM FORM**

Athlete Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date of Exam: \_\_\_\_\_ Annual/Biennial/Triennial: \_\_\_\_\_

**Physician Reminders:**

**1. Consider additional questions on more sensitive issues:**

- Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
- Do you ever feel sad, hopeless, depressed or anxious?
- Do you feel safe at your home or residence?
- Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, vaping, chewing tobacco, snuff or dip?
- Over the past 30 days, have you used chewing tobacco, snuff or dip?
- Do you drink alcohol or use any other drugs?
- Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
- Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
- Do you wear a seatbelt or helmet?

**2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (#4-13 on health history form)**

EXAMINATION		
Height:	Weight:	BP:
Pulse:	Vision: R 20/ L 20/	Corrected?:

MEDICAL	Normal	Abnormal Findings
Appearance		
Head/Mouth		
Eyes, ears, nose and throat - Pupils equal & Hearing		
Lymph Nodes		
Heart* -Heart sounds, murmurs, pulse, rhythm, auscultation		
Lungs		
Abdomen - Liver/Spleen, masses		
Skin - HSV, Lesions, Staph, MRSA, etc.		
Neurological		

MUSCULOSKELETAL	Normal	Abnormal Findings
Neck		
Back		
Shoulder & Arm		
Elbow & Forearm		
Wrist, Hand and Fingers		
Hip & Thigh		
Knee		
Leg & Ankle		
Foot & Toes		
Functional		
• Double-leg squat test, single-leg squat test, box drop or step drop test		

\* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or exam findings, or a combination

**Sports Participation Recommended for (Mark One):**

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendation for further evaluation or treatment of: \_\_\_\_\_
- Medically eligible for certain sports (list here): \_\_\_\_\_
- Not medically eligible pending further evaluation: \_\_\_\_\_
- Not medically eligible for any sports: \_\_\_\_\_

Name of Examiner: \_\_\_\_\_

Signature of Examiner: \_\_\_\_\_

Date of Exam: \_\_\_\_\_

**Note: SDCL allows Doctor of Medicine, Doctor of Osteopathy, Doctor of Chiropractic, Licensed Physician Assistant and Licensed Nurse Practitioners as those that can provide this recommendation.**

Form adapted with permission © American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine, 2019

**El formulario debe llevar la firma del examinador (no se exceptúa el sello).**

# SDHSAA FORMULARIO DE EXAMEN DE PREPARTICIPACION FISICA

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

fecha del Examen: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Anual/Bienal/Trienal \_\_\_\_\_

## Recomendaciones Físicas:

### 1. Considere preguntas adicionales sobre temas sensibles:

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez se sintió triste, desesperado, sin esperanza, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente Seguro en casa o donde vive?
- ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, tabaco masticable?
- ¿En los últimos treinta días, ¿ha mascado tabaco, olido o usado vaporizador?
- ¿Toma bebidas alcohólicas o usa drogas?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o usado algún suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ganar o perder peso, o para mejorar su rendimiento?
- ¿Usa cinturón de seguridad o casco?

### 2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (#4-13 en el formato de la historia médica)

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	BP:
Pulso:	Visión: R 20/      L 20/	Corregido?:
MEDICO	Normal	Resultados Anormales
<b>Apariencia</b>		
Cabeza, Boca		
<b>Ojos, oídos, nariz, boca, garganta – Pupilas y oído</b>		
Ganglios linfáticos		
<b>Corazón* -sonidos del corazón, murmullos, pulso, ritmo, auscultación</b>		
Pulmones		
<b>Abdomen – Hígado, bazo, masa.</b>		
<b>Piel - HSV, Lesiones, estafía, MRSA, etc</b>		
<b>Neurológico</b>		

MUSCULOESQUELÉTICO	Normal	Resultados Anormales
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Muslo y cadera		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie & dedos		
Funcional • Prueba de sentadillas simple, prueba de sentadillas doble, prueba de caída de caja o de paso.		

\* Considere electrocardiograma (ECG), ecocardiograma, derivar a un cardiólogo en caso de historia cardíaca anormal o resultados en los exámenes una combinación de ambas.

**Participación en Deportes Recomendada por (Marque una):**

- Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones.
- Eligible medicamente para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluaciones futuras o tratamiento de: \_\_\_\_\_
- Eligible medicamente para ciertos deportes (indicar aquí): \_\_\_\_\_
- No eligible medicamente, futuras evaluaciones pendientes \_\_\_\_\_
- No eligible medicamente para ningún deporte \_\_\_\_\_

Nombre del examinador \_\_\_\_\_

Firma del examinador: \_\_\_\_\_

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

**Nota: SDCL permite al Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Doctor en Quiropráctica, Asistente Médico Licenciado y Enfermeros Practicantes Licenciados como aquellos que pueden brindar esta recomendación.**

\* Formulario adaptado con permiso © Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Médico Estadounidense, 2019.

\* Translated from English to Spanish by Nelly Nord on 05/23/2021, 605 295 5839.

\* Updated by Daniel Swartos on 3/17/26. 605-224-9261

**El formulario debe estar firmado tanto por un padre/tutor como por el estudiante en la parte inferior.**

**SDHSAA HEALTH HISTORY FORM - To be completed (with parent/guardian if student is under 18) in years when a physical exam is given, prior to the exam.**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date of Exam: \_\_\_\_\_ Sports: \_\_\_\_\_

List all past and current medical conditions:	
Have you ever had surgery? If Yes, list all procedures:	
List all prescriptions, over-the-counter meds or supplements you currently take:	
Do you have any allergies? If Yes, Please list them here:	

**Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems? (Circle Response)**

	Not At All	Several Days	Over Half the Days	Nearly Every Day
Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest in pleasure or doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3

*A sum of 3 or greater is considered positive on either subscale (Q1+2, or Q3+4) for screening purposes*

**ANSWER EACH OF THE FOLLOWING QUESTIONS SPECIFIC TO "IN THE PAST YEAR"**

**& EXPLAIN ANY YES ANSWERS ON THE BACK OF THIS SHEET:**

GENERAL QUESTIONS	Yes	No	BONE AND JOINT QUESTIONS, CONTINUED:	Yes	No
1. Do you have any concerns you'd like to discuss with your provider?			15. Do you have a bone, muscle, ligament or joint injury that bothers you?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?			<b>MEDICAL QUESTIONS</b>		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illnesses?			16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
<b>HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU</b>			17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle, your spleen or any other organ?		
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?			18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness or pressure in your chest during exercise?			19. Do you have recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or MRSA?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?			20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache or memory problems?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?			21. Have you ever had numbness, tingling or weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? (Example: electrocardiography or echocardiography)			22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?			23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?		
10. Have you ever had a seizure?			24. Have you ever had, or do you have any problems with your eyes or vision?		
<b>HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY</b>			25. Do you worry about your weight?		
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before 35 years of age (including drowning or unexplained car crash)			26. Are you trying to, or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS) short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CVPT)?			27. Are you on a special diet, or do you avoid certain types of foods or food groups?		
13. Has anyone in your family had a pacemaker or implanted defibrillator before age 35?			28. Have you ever had an eating disorder?		
<b>BONE AND JOINT QUESTIONS</b>			<b>FEMALES ONLY</b>		
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint or tendon that caused you to miss a practice or a game?			29. Have you ever had a menstrual period?		
			30. How old were you when you had your first period?		
			31. When was your most recent period?		
			32. How many periods have you had in the past 12 months?		

**CERTIFICATION OF HEALTH: I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers on this form are complete and correct:**

Signature of Athlete: \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian (if under 18): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Form adapted with permission © American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine, 2019*

**SDHSAA FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD:** para ser completado (por el padre / tutor (si el estudiante es menor de 18 años) en los años en que se realiza un examen físico, antes del examen.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Deportes: \_\_\_\_\_

Enumere todas las afecciones médicas pasadas y actuales	
¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos:	
Enumere todas las recetas, los medicamentos de venta libre o los suplementos que toma actualmente:	
¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, indíquelos aquí:	

¿Durante de las dos semanas ya pasadas, con qué frecuencia usted ha sido molestado con los siguientes problemas? Ponga un círculo a su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3
No poder controlar tus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés en el placer o en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
La suma de 3 o más se considera positiva en cualquiera de las subescalas (Q1 + 2 o Q3 + 4) para fines de exámenes				

**RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE "EN AÑO QUE PASÓ" Y EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA "YES" LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA:**

PREGUNTAS GENERALES	Yes	No	PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (CONTINUACIÓN)	Yes	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			15. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le molesta?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			<b>PREGUNTAS MEDICAS</b>		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?			16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIACA</b>			17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?			18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o MRSA?		
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera, se agita en el pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?			21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido		
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? (Ejemplo: electrocardiogram o ecocardiogram)					

			mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
9. ¿Se siente mareado o siente que le falta aire al respirar a diferencia de tus amigos durante el ejercicio?			22. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
10. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?			23. ¿Tiene usted o alguien de su familia el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA EN TU FAMILIA</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>			
11. ¿Algún miembro de TU familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada e inexplicable antes de los 35 años? (Incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)			24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con los ojos o la visión?		
			25. ¿Le preocupa su peso?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón, como miocardiopatía hipertrofica (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? (CVPT)			26. ¿Está tratando de perder o ganar peso, o alguien se lo ha recomendado?		
			27. ¿Está usted llevando una dieta especial, o trata de evitar ciertas comidas o grupos de comidas?		
			28. ¿Alguna vez ha tenido un desorden alimenticio?		
			<b>SOLO PARA MUJERES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?			29. ¿Alguna vez ha menstruado?		
			30. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	31. ¿Cuándo fue su menstruación más reciente?		
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por stress o sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un juego?			32. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?		

#### CERTIFICACIÓN DE SALUD:

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario están completas y son correctas y el estudiante nombrado arriba está físicamente apto para participar en deportes Inter escolares durante el año escolar actual, incluidas las áreas marcadas con "si" arriba:

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor (para menores de 18): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_