EVALUACION FISICA DE PREPARTICIPACION

FORMA HISTORIAL

(Nota: Esta forma tiene que ser contestada por el paciente y los padres antes de ir al doctor. El doctor debe quedarse con esta forma.)

Fecha del examen _____

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamento y Alergias: Por favor escribe todo medicamento de prescripción, sin prescripción y suplementales (herbales y nutricionales) que estas tomando.

_____

_____

_____

¿Tienes alguna alergia? ☐ Sí ☐ No Si tienes alergias, por favor identifica y marca cual de estas alergias tienes.

☐Medicamento ☐Polen ☐Comida ☐Picadura de animales

Explica las respuestas que marcaste "Sí" en la parte de abajo. Encierra con un círculo las preguntas de las cuales no sabes la respuesta

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Por alguna razón, alguna vez el doctor te ha negado o restringido la participación en los deportes?		
2. ¿Sufres de alguna condición medica de largo plazo? Si, así es por favor indica cual aquí: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones Otro:_____		
3. ¿Alguna vez has pasado la noche hospitalizado?		
4. ¿Alguna vez te han operado?		
PREGUNTAS DE SALUD DE TU CORAZON	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez te has desmayado o has estado a punto de desmayarte DURANTE O DESPUES de hace ejercicio?		
6. ¿Alguna vez has tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Tu corazón se altera o pasa por alto (saltea) sus latidos durante el ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho algún doctor que tienes problemas del corazón? Si, así es marca todo lo que apliqué: ☐ Presión Alta Arterial ☐ Soplo en el corazón ☐ Alto Colesterol ☐ Infección en el corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki Otra_____		
9. ¿Alguna vez ha ordenado el doctor un examen para tu corazón? (por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Alguna vez te has sentido mareado o que tienes dificultad para respirar durante el ejercicio?		
11. ¿Alguna vez has tenido un ataque inexplicable?		
12. ¿Te cansas mas o te falta el aire mas rápido que a tus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS DE SALUD SOBRE TU FAMILIA	**Sí**	**No**
13. ¿Alguien de tu familia o pariente cercano ha fallecido por causas de problemas del corazón o muerte repentina antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogarse, accidente de autos inexplicablemente, o síndrome de muerte repentina de infante)		
14. ¿Alguien en tu familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfán, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT alargado o corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien de tu familia tiene problemas del corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien de tu familia se ha desmayado repentinamente, a sufrido ataques inexplicados o casi ahogado?		
PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
17. ¿Alguna vez te has lastimado un hueso, músculo, ligamento o tendón que te haya causado faltar a practica o a un partido?		
18. ¿Alguna vez te has roto o fracturado un hueso o dislocado una coyuntura?		
19. ¿Has requerido de rayos X, MRI, Scan de CT, inyección, terapia, frenos, enyesado o uso de muletas por estar lastimado/a?		
20 ¿Has sufrido fracturas por uso excesivo?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido rayos x de inestabilidad de tu cuello o inestabilidad atlantoaxcial? (Síndrome Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente frenos, aparato ortopédico o algún otro suporte?		
23. ¿Tienes alguna lesión de huesos, músculo o coyuntura que te molesta?		
24. ¿Alguna de tus coyunturas te duele, se inflama, calienta o se pone roja?		
25. ¿Has sufrido de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

MEDICAL QUESTIONS	Sí	No
26. ¿Toses, resoplas o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
27 ¿Alguna vez has usado un inhalador o has tomado medicamento para asma?		
28. ¿Alguien de tu familia sufre de asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombre), o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o algún bulto o hernia en el área de la ingle?		
31. ¿Te has contagiado de mononuclosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes alguna erupción cutánea (salpullido), llagas por presión o algún otro tipo de problema en la piel?		
33. ¿Has tenido infección en la piel de herpes o MRSA?		
34. ¿Alguna vez te has lastimado la cabeza o sufrido una conmoción cerebral?		
35. ¿Te has golpeado en la cabeza lo cual que te causo un estado de confusión, un fuerte dolor de cabeza o perdida de memoria?		
36. ¿Sufres de ataques de convulsión?		
37. ¿Te duele la cabeza cuando haces ejercicios?		
38. ¿Alguna vez te has sentido entumido, débil o un hormigueo en los brazos o piernas después de ser golpeado o de caerte?		
39. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover los brazos o piernas después de ser golpeado o de caer?		
40. ¿Alguna vez te has sentido mal mientras haces ejercicios en el calor?		
41. ¿Te dan calambres con frecuencia cuando haces ejercicios?		
42. ¿Tú o alguien en tu familia sufre de la enfermedad o tiene rasgos de células falciformes (sickle cell)?		
43. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión?		
44. ¿Alguna vez te has lastimado los ojos?		
45. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usas equipo protector para la vista, tales como gafas o protector/escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estas tratando o alguien te ha recomendado bajar o subir de peso?		
49. ¿Estas en alguna dieta especial o evitas comer ciertos tipos de comida?		
50. ¿Alguna vez has tenido algún trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación o inquietud que quisieras compartir con el doctor?		
SOLAMENTE PARA LAS MUJERES	**Sí**	**No**
52. ¿Has tenido un período menstrual?		
53. ¿Cuantos años tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?		
54. ¿Cuantos períodos menstruales has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica las respuestas que marcaste "sí" aquí

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente declaro que, mis respuestas al cuestionario de arriba son completas y correctas de acuerdo a mis mejores conocimientos.

Firma del atleta _____ Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

2010 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. Permisison is granted to reprint for noncomercial, educational purposes with acknowledgement.

Por la presente doy permiso para la liberación de la historia clínica adjunta y los resultados de la actual examinacion física a la escuela para el propósito de participar en eventos atléticos y otras actividades.

Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____