

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.

Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

| PREGUNTAS GENERALES | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón? | | |
| 2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identificala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____ | | |
| 3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital? | | |
| 4. ¿Has tenido cirugía alguna vez? | | |
| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN | Sí | No |
| 5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio? | | |
| 6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio? | | |
| 7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio? | | |
| 8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| 9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma) | | |
| 10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio? | | |
| 11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable? | | |
| 12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio? | | |

| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA | Sí | No |
|--|----|----|
| 13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)? | | |
| 14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? | | |
| 15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón? | | |
| 16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado? | | |
| PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES | Sí | No |
| 17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón? | | |
| 18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación? | | |
| 19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas? | | |
| 20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés? | | |
| 21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo) | | |
| 22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia? | | |
| 23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando? | | |
| 24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas? | | |
| 25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo? | | |

| PREGUNTAS MÉDICAS | Sí | No |
|--|----|----|
| 26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio? | | |
| 27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma? | | |
| 28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma? | | |
| 29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano? | | |
| 30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle? | | |
| 31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes? | | |
| 32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel? | | |
| 33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel? | | |
| 34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza? | | |
| 35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria? | | |
| 36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones? | | |
| 37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio? | | |
| 38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído? | | |
| 39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído? | | |
| 40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor? | | |
| 41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio? | | |
| 42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica? | | |
| 43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista? | | |
| 44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos? | | |
| 45. ¿Usas lentes o lentes de contacto? | | |
| 46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial? | | |
| 47. ¿Te preocupa tu peso? | | |
| 48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas? | | |
| 49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida? | | |
| 50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio? | | |
| 51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor? | | |

| SÓLO PARA MUJERES | Sí | No |
|--|----|----|
| 52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual? | | |
| 53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual? | | |
| 54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses? | | |

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE ANTECEDENTES

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. Tipo de discapacidad | | |
| 2. Fecha de la discapacidad | | |
| 3. Clasificación (de corresponder) | | |
| 4. Causa de la discapacidad (de nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otra) | | |
| 5. Enumere los deportes que le interesa practicar | | |
| | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza regularmente un dispositivo ortopédico, dispositivo de asistencia o prótesis? | | |
| 7. ¿Usa algún dispositivo ortopédico o dispositivo de asistencia especial para deportes? | | |
| 8. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión o algún otro problema cutáneo? | | |
| 9. ¿Tiene hipoacusia? ¿Usa audífono? | | |
| 10. ¿Tiene una discapacidad visual? | | |
| 11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función intestinal o de la vejiga? | | |
| 12. ¿Experimenta ardor o molestia al orinar? | | |
| 13. ¿Tuvo disreflexia autonómica? | | |
| 14. ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad en la que ocurra un aumento de la temperatura corporal (hipertermia) o una disminución de la temperatura corporal (hipotermia)? | | |
| 15. ¿Tiene espasticidad muscular? | | |
| 16. ¿Experimenta convulsiones frecuentes que no pueden controlarse con medicamentos? | | |

Si respondió afirmativamente, explique a continuación

Indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes:

| | Sí | No |
|---|----|----|
| Inestabilidad atlantoaxial | | |
| Radiografía para evaluar inestabilidad atlantoaxial | | |
| Articulaciones dislocadas (más de una) | | |
| Hemorragias | | |
| Esplenomegalia | | |
| Hepatitis | | |
| Osteopenia u osteoporosis | | |
| Incontinencia intestinal | | |
| Incontinencia urinaria | | |
| Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos | | |
| Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies | | |
| Debilidad en brazos o manos | | |
| Debilidad en piernas o pies | | |
| Cambios recientes en la coordinación | | |
| Cambios recientes en la capacidad para caminar | | |
| Espina bífida | | |
| Alergia al látex | | |

Si respondió afirmativamente, explique a continuación

Por la presente, declaro que, a mi saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FÍSICA

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Age: _____

RECORDATORIOS AL MÉDICO

- Considere hacer más preguntas sobre los temas más sensibles
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se siente triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
 - ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
 - ¿Alguna vez ha probado cigarrillos, tabaco de mascar o rapé?
 - Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco de mascar o rapé?
 - ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?
 - ¿Usa el cinturón de seguridad, casco y condones?
- Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a 14).

M.D. or D.O. Stamp:

| EXAMEN | | |
|---|-------------|--|
| Altura _____ | Peso _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Presión arterial _____ / _____ / _____ | Pulso _____ | Visión D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| MÉDICAS | NORMAL | HALLAZGOS CON ANOMALÍAS |
| Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, <i>pectus excavatum</i> , aracnodactilia, distancia entre brazos > altura, hiperlaxitud, miopia, prolapso de válvula mitral, insuficiencia aórtica) | | |
| Ojos/oídos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición | | |
| Ganglios linfáticos | | |
| Corazón ^a • Soplos (auscultación de pie, supino, +/- Valsalva) • Ubicación del punto de máximo impulso (PMI, por sus siglas en inglés) | | |
| Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos | | |
| Pulmones | | |
| Abdomen | | |
| Genitourinario (solo hombres) ^b | | |
| Piel • VHS, lesiones que sugieran SARM, tiña corporal | | |
| Neurológico ^c | | |
| OSTEOMUSCULAR | | |
| Cuello | | |
| Espalda | | |
| Hombro/brazo | | |
| Codo/antebrazo | | |
| Muñeca/mano/dedos | | |
| Cadera/muslo | | |
| Rodilla | | |
| Pierna/tobillo | | |
| Pie/dedos del pie | | |
| Funcional • Agacharse y caminar como un pato, saltar con una sola pierna | | |

^aConsidere realizar un ECG, ecocardiograma y derivar al paciente a cardiología en caso de exámenes o antecedentes cardíacos con anomalías.

^bConsidere realizar un examen genitourinario si se encuentra en un entorno privado. Se recomienda contar con la presencia de un tercero.

^cConsidere realizar una evaluación cognitiva o pruebas neuropsiquiátricas de referencia si hay antecedentes de alguna conomción significativa.

- Aprobado para realizar todos los deportes sin restricciones
- Aprobado para realizar todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones para realizar otra evaluación o tratamiento para _____

No aprobado

- Más evaluaciones pendientes
- Para cualquier deporte
- Para algunos deportes _____

Motivo _____

Recomendaciones _____

He examinado al estudiante mencionado anteriormente y he completado el examen físico previo a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes descritos anteriormente. Una copia del examen físico queda archivada en mi consultorio. Esta copia puede ponerse a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si el atleta presenta una afección tras haber sido autorizado para participar, el médico podrá revocar la autorización hasta que el problema se haya resuelto y el atleta (y los padres/tutores) haya recibido una explicación completa de las posibles consecuencias.

Nombre del médico (en letra de imprenta) _____

Fecha _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del médico _____ Dr. u Osteópata

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Aprobado para realizar todos los deportes sin restricciones

Aprobado para realizar todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones para realizar otra evaluación o tratamiento para

No aprobado

Más evaluaciones pendientes

Para cualquier deporte

Para algunos deportes _____

Motivo _____

Recomendaciones _____

He examinado al estudiante mencionado anteriormente y he completado el examen físico previo a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes descritos anteriormente. Una copia del examen físico queda archivada en mi consultorio. Esta copia puede ponerse a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si el atleta presenta una afección tras haber sido autorizado para participar, el médico podrá revocar la autorización hasta que el problema se haya resuelto y el atleta (y los padres/tutores) haya recibido una explicación completa de las posibles consecuencias.

Nombre del médico (en letra de imprenta) _____

Fecha _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del médico _____ Dr. u Osteópata

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Alergias

Otra información

