

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIA

(Nota: este formulario debe ser completado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener este formulario en el expediente).

Fecha del examen _____ fecha de cumpleaños _____

Name _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Colegio _____ Deportes _____

Medicamentos y alergias: enumere todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre (herbales y nutricionales) que está tomando actualmente.

¿Tienes alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, identifique la alergia específica a continuación.

Medicamentos Pólenes Alimento Insectos que pican

Explique las respuestas "Sí" a continuación. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas no sepas.

PREGUNTAS GENERALES	Si	No
1. ¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo?		
2. ¿Tiene alguna condición médica en curso? Si es así, identifíquelo a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Other		
3. ¿Ha pasado alguna vez la noche en el hospital?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
SALUD DEL CORAZÓN PREGUNTAS SOBRE USTED	Si	No
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DURANTE o ¿Después del ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en lapecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene algún problema cardíaco? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> una infección del corazón <input type="checkbox"/> Kawasaki disease		
9. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Se mareo o siente que le falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio?		
SALUD DEL CORAZÓN PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA	Si	No
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluido ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marian, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien en su familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi ahogamiento?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que lo hizo perder una práctica o un juego?		
18. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Utiliza regularmente aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Si	No
26. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
27. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
28. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
32. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
33. ¿Ha tenido una infección de la piel por herpes o MRSA?		
34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o golpe en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?		
37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
38. ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
40. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en el calor?		
41. ¿Tiene calambres musculares frecuentes cuando hace ejercicio?		
42. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
43. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?		
44. Do you wear glasses or contact lenses?		
45. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
46. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?		
47. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?		
48. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
49. Have you ever had an eating disorder?		
50. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
SOLO MUJERES	Si	No
51. ¿Ha tenido alguna vez el período menstrual?		
52. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
53. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas "si" aquí

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

Firma de la deportista _____

Firma del padre/guardián _____

Fetcha _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIA

Nombre _____ fecha de cumpleaños _____

RECORDATORIOS DEL MÉDICO

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez te sientes triste, sin esperanza, deprimida o ansiosa?
 - ¿Te sientes segura en tu casa o residencia?
 - ¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el dip?
 - Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco para mascar, rapé o dip?
 - ¿Bebes alcohol o usas alguna otra droga?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?
 - ¿Usas cinturón de seguridad, usas casco y usas condones?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ² • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ³		
Skin • HSV lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ⁴		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

²Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

³Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

⁴Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Autorizado para todos los deportes sin restricción
- Aprobado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional para _____

- No borrado
- Pendiente de evaluación adicional
- For any sports
- Para ciertos deportes

Razón _____

recomendaciones _____

Examiné al estudiante mencionado anteriormente y completé la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s) descrito(s) anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a pedido de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya recibido autorización para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se expliquen completamente al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre de la medica _____ Fecha _____ Dirección _____
Teléfono _____ Firma de la medica _____ MD o hacer _____