

EVALUACION FISICA- PRE-PARTICIPACION

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado 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 medica y suplementos (herbales y nutricionales) que estas tomando actualmente

Tienes alergias **DSf** **DNo** Si la respuesta es sf, por favor identifica abajo la alergia especifica.
DMedicamentos **DPolen** **DComida** **DPicaduras de insecto**

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sf", Pon un drculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sf	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participaci6n en deportes por alguna raz6n?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condici6n medica? Si es asf, por favor identifcala abajo: DA asma D anemia O diabetes D infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugfa alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZON	Sf	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUES de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presi6n en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu coraz6n se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de coraz6n? Si es asf, marca el que sea pertinente D presi6n alta D un soplo en el coraz6n D nivel alto de colesterol D una infecci6n en el coraz6n D enfermedad de Kawasaki D Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de coraz6n? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire mas de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsi6n inexplicable?		
12. ¿Te cansas mas o te falta el aire con mas rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZON DE TU FAMILIA	Sf	No
13. ¿Has tenido algun familiar que ha fallecido a causa de problemas de coraz6n o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 a los (incluyendo ahogo, accidente de trafico inesperado, o sfndrome de muerte subita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatfa hipertr6fica, sfndrome Marfan, cardiomiopatfa arritmogenica ventricular derecha, sfndrome de QT corto, sfndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polim6rfica catecolaminergica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de coraz6n, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su coraz6n?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sf	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habfas lesionado un hueso, musculo, ligamento o tendon?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulacion?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesion que haya requerido radiografias, resonancia (MRI) tomografias, inyecciones, terapia, un soporte ortopedico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estres?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografias para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Sfndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopedico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesion en un hueso, musculo o articulacion que te este 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?		

(Por favor, continue)

PREGUNTAS MÓDICAS	Si	No
26. LToses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o despues de hacer ejercicio?		
27. LHas usado alguna vez un inhalador o has tornado medicamento para el asma?		
28. IHay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. LNaciste sin o te falta un rin6n, un ojo, un testfculo (varones), el bazo, o algun otro organo?		
30. LTienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el area de la ingle?		
31. IHas tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el ultimo mes?		
32. LTienes algun sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. IHas tenido herpes o infeccion de SARM en la piel?		
34. IHas sufrido alguna vez una lesion o contusion en la cabeza?		
35. IHas sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusion, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. LTienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. LTienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. LHas tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas despues de haber sufrido un golpe o haberte caido?		
39. IHas sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas despues de haber sufrido un golpe o haberte caido?		
40. LTe has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. LTienes calambres frecuentes en Jos musculos cuando haces ejercicio?		
42. LTienes tu o alguien en tu familia el rasgo de pranodtico o la enfermedad drepanodtica?		
43. LHas tenido algun problema con los ojos o la vista?		
44. IHas sufrido alguna lesion o dano en los ojos?		
45. LUsas lentes o lentes de contacto?		
46. IUsas proteccion para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. LTe preocupa tu peso?		
48. LEstas intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. LEstas siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. LHas tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. LTienes alguna preocupacion de la que quieras hablar conel doctor?		

SOLO PARA MUJERES	Si	No
52. LHas tenido alguna vez el periodo menstrual?		
53. LOue edad tenfas cuando tuviste tu primer perfodo menstrual?		
54. LCuantos perfodos has tenido en los ultimos 12 meses?		

Explica aqui las preguntas a las que respondiste con un "si"

Yo por la presente declaro que, segun mi mas leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores estan completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____