

**Participación previa de una evaluación física**

**FORMULARIO HISTORIAL**

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

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Médico de Planta \_\_\_\_\_  
**En caso de emergencia, comunicarse con:**  
 Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas de "Sí" en la sección al pie de la página.  
 Encierre en un círculo las preguntas si no sabe las respuestas**

	Sí	No		Sí	No		
1. ¿Alguna vez algún doctor le ha negado o restringido su participación en los deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tiene tos, resuello o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. ¿Tiene alguna condición médica continua (como diabetes o asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. ¿En este momento está tomando algún medicamento recetado o sin receta médica o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o medicamento para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. ¿Tiene alergia a algún medicamento, polen, comida o picazón de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Nació sin o le hace falta un riñón, un ojo, un testículo, o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento o casi se desmaya MIENTRAS hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha tenido mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento o casi se desmaya DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Tiene sarpullido, llagas, u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. ¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor o presión en su pecho mientras hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Ha tenido alguna infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Late rápido o da vuelcos el corazón mientras hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque los que correspondan):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿Alguna vez lo han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada			33. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto			34. ¿Le dan dolores de cabeza cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón			35. ¿Alguna vez se le ha entumido, dado hormigueo o tenido debilidad en los brazos o las piernas después que se golpeó o cayó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Infección en el corazón			36. ¿Alguna vez no ha podido mover sus brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. ¿Alguna vez ha ordenado un médico estudios para su corazón? (por ejemplo: ECG (electrocardiograma, ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene severos calambres musculares o se siente mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. ¿Alguien de su familia se ha muerto sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Algún doctor le ha dicho que usted o alguien de familia tiene un fenotipo de anemia de células falciformes o enfermedad drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. ¿Alguien de su familia sufre de enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Alguna vez ha tenido problemas con sus ojos o vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. ¿Ha muerto algún miembro de la familia o pariente de alguna enfermedad del corazón o repentinamente antes de los 50 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Usa lentes o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. ¿Alguien de la familia tiene el síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Usa lentes protectores, tal como gafas protectoras o máscara protectora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Está feliz con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. ¿Alguna vez lo han operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Está tratando de subir o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. ¿Alguna vez ha tenido una herida/lesión, como esguince, esguince muscular o rotura de ligamento o tendinitis que causó que perdiera un juego de práctica o partido? Si su respuesta es sí, encierre en un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. ¿Alguna vez se ha roto, fracturado un hueso o dislocado una articulación? Si su respuesta es sí, encierre en un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. ¿Ha tenido una lesión que requiera radiografía, MRI (Resonancia Magnética), CT (tomografía computarizada), operación, inyecciones, rehabilitación, terapia física, aparatos ortopédicos, yeso, muletas? Si su respuesta es sí, encierre en un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo Superior	Codo	Antebrazo	Mano/ Dedos	Pecho
Espalda Superior	Espalda Inferior	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/ Espinilla	Tobillo	Pie/Dedos (del pie)
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Cuántos años tenía cuando menstruó por primera vez? _____	
21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o tiene que tener una radiografía de inestabilidad atlantoaxial (del cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. ¿Cuántas veces ha menstruado en los últimos 12 meses? _____			Explique las respuestas de "Sí" aquí: _____	
22. ¿Usa con regularidad un aparato ortopédico o auxiliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____
23. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____

**MUJERES SOLAMENTE**

Yo por la presente declaro, hasta donde tengo conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del Atleta \_\_\_\_\_ Firma del Padre de Familia/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Participación previa de una evaluación física

# FORMULARIO DEL EXAMEN FÍSICO

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ % Grasa Corporal (opcional) \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Presión Sanguínea \_\_/\_\_(\_/\_\_,\_/\_\_)

Visión de Ojos Derecho 20/ \_\_\_\_\_ Izquierdo 20/ \_\_\_\_\_ Corregidas: Sí No Pupilas: Igual \_\_\_\_\_ Desigual \_\_\_\_\_

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES
<b>MÉDICO</b>			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Audición			
Ganglios linfáticos			
Corazón			
Soplos			
Palpitaciones			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (hombres solamente)+			
Piel			
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/Dedos (del pie)			

\* Examinador Múltiple- validación de datos solamente.

+Tener a una tercera persona presente es recomendado para un examen genitourinario.

Notas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del médico (Escribir en letra de molde/a máquina), \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

**Participación previa de una evaluación física**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

- Autorización médica sin restricciones
- Autorización médica, con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

No está autorizado     Todos los deportes     Ciertos deportes: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Alergias \_\_\_\_\_

Otra Información \_\_\_\_\_

Nombre del médico (Escribir en letra de molde/a máquina), \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

©2004 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.

**Participación previa de una evaluación física**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

- Autorización médica sin restricciones
- Autorización médica, con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

No está autorizado     Todos los deportes     Ciertos deportes: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Alergias \_\_\_\_\_

Otra Información \_\_\_\_\_

Nombre del médico (Escribir en letra de molde/a máquina), \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

©2004 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.