

DIAA Pre-participación de Examen Físico

FORMULARIO HISTORIAL

FECHA DE EXAMEN _____

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ F. de Nacimiento _____
 Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Medico Personal _____
En caso de Emergencia, contacte a
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono (C) _____ (T) _____

Expliquen las repuestas con "Sí" **abajo**.
 Circule las preguntas que no sepa las repuestas.

- | | | |
|--|------------|-----------|
| | Yes | No |
|--|------------|-----------|
1. A prohibido un doctor la participación en Deportes anteriormente?
 2. Tiene alguna condición medica (como diabetes o asma)?
 3. Esta actualmente tomando medicinas recetadas o no recetadas como pastillas?
 4. Tiene alergias de medicinas, pollens, comidas, o insectos?
 5. Te a dado un mareo antes o casi te as mareado?
 6. Te a dado un mareo antes o casi te as mareado después de hacer ejercicio?
 7. A tenido alguna incomodidad, dolor, presión en tu pecho mientras haces ejercicio?
 8. Se acelera tu Corazón o brinca latidos durante ejercicio?
 9. Te a dicho un doctor que tienes (marca los necesario)
 Presión Alta Un Murmullo en el Corazón
 Colesterol Alto Una Infección de Corazón
 10. A ordenado un doctor hacerte un examen del Corazón? (por ejemplo, EEG, ecocardiograma)
 11. A muerto alguien en tu familia sin razón o sospecha?
 12. Tiene alguien de tu familia problemas del Corazón?
 13. A muerto algún miembro de familia de problemas de Corazón o muerte repentina antes de los 50?
 14. Tiene alguien de la familia el síndrome Marfan?
 15. As pasado alguna vez la noche en un hospital?
 16. As tenido alguna cirugía?

17. A tenido alguna herida, como de músculo o ligamento, tendinitis, que causo que faltara a practica o juego? Si es así, circula la área afectada abajo:
18. A tenido algún hueso fracturado o roto o una conyuntura dislocada? Si es así circule abajo:
19. A tenido alguna herida de conyuntura o hueso que allá requerido rayos x, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, un brazalete, un yeso, o amuletos? Si es así, circule:

Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo arriba	Codo	Antebrazo	Manos/dedos	Pecho
Cuello arriba	Espalda abajo	Cadera	Muslo	Rodiilla	Barbilla	Tobillo	Pies

20. A tenido alguna vez una fractura de tensión?
21. Te han dicho que a tenido un rayo x por inestabilidad del lantoaxial (cuello)?
22. Usa regularmente un brazalete o aparato medico?
23. A sido diagnosticado/a con asma o alergias?

24. Toses, tienes problemas de respirar, o resposido durante ejercicio?
25. Tiene alguien en tu familia asma?
26. As usado un inhalador o tomado medicina para asma?
27. Naciste sin un riñón o te falta un riñón, ojo, testículo, o algún órgano?
28. A tenido la infección mononucleosis (mono) durante el mes pasado?
29. tienes alguna comezón, llagas, u otros problemas de la piel?
30. As tenido la infección herpes de la piel?
31. A tenido herida de la cabeza o una convulsión cerebral?
32. Te as golpeado la cabeza al grado de confundirte o perder la memoria?
33. Te a dado un ataque epiléptico?
34. Sufres de dolor de cabeza al hacer ejercicios?
35. As sentido hormigueo, debilidad o paralicé en tus brazos piernas después de un golpe?
36. Algún golpe o caída te a impedido mover los brazos o piernas?
37. Cuándo ejercitas en el calor, te enfermas o te dan Dolores fuertes?
38. Te a dicho el doctor que tu o alguien de la familia tiene la enfermedad cancerosa de las células?
39. As tenido problemas con tus ojos o visión?
40. Usas lentes o contactos?
41. Usas lentes de protección o placa protectora?
42. Estas contento con tu peso?
43. Estas tratando de perder o aumentar peso?
44. Te han recomendado cambiar tu peso o habito de comer?
45. Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?
46. Tienes alguna preocupación que te gustaría hablar con el doctor?

- MUCHACHAS SOLAMENTE**
47. Te a dado el periodo menstrual?
 48. Que edad tenias cuando te llego la menstruación? _____
 49. Cuantas veces te a dado la menstruación los últimos 12 meses? _____

Explique las preguntas donde contesto, "Sí"

Yo declaro que, por lo que yo mas se, estas repuestas están completas y correctas.

Firma de Atleta _____ Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

© 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.