

## EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

### FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

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

Fecha del examen \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Género \_\_\_\_\_ 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”. Coloca en un círculo las preguntas cuya respuesta desconoces.**

REGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Ha rehusado o limitado alguna vez un doctor tu participación en deportes por alguna razón?			28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
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 <input type="checkbox"/> Otro: _____			29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), tu bazo, o algún otro órgano?		
3. ¿Has pasado alguna vez la noche en el hospital?			30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?			31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas de presión, u otros problemas en la piel?		
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestia, dolor, opresión, o presión en el pecho cuando haces ejercicio?			34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
7. ¿Se acelera alguna vez tu corazón o se salta latidos (latidos irregulares) cuando haces ejercicio?			35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
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: _____			36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
9. ¿Ha ordenado alguna vez un doctor una prueba de tu corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?			38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?			39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?			40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA</b>			41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
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)?			42. ¿Tienes tu o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?		
14. ¿Tiene alguien en tu familia cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
15. ¿Tiene alguien en su familia problemas de corazón, marcapasos, o desfibrilador implantado?			44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?			45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectores o un escudo facial?		
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?			47. ¿Te preocupa tu peso?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?			48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, IRM, escán de TC, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?			49. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?			50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		
22. ¿Usas regularmente una tablilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?			<b>SÓLO PARA MUJERES</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, musculo o articulación que te este molestando?			52. ¿Has tenido alguna vez un periodo menstrual?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?			53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?		

25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?				54. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?		
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>				
26. ¿Toses, tienes sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?						
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?						

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 \_\_\_\_\_