

PREPARTICIPACIÓN EVALUACIÓN FÍSICA

FORMA DE HISTORIA MÉDICA

(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener esta forma en el gráfico.)

Fecha de Examen Médico _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicinas y Alergias: Escribe una lista de todas las medicinas, de receta y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando

¿Tienes alergias? Sí No Si tienes alergias, indica la alergia.
 Medicinas Polen Comidas Insectos Especifica _____

Explica las respuestas de "Sí" abajo.

Preguntas Generales	Sí	No	Preguntas Médicas	Sí	No
1. ¿Ha sido restringido por un médico para participar en deportes por alguna razón?			26. ¿Tose, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tienes problemas médicos continuamente? Si sí, indica abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otro: _____			27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Has pasado la noche en un hospital?			28. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
4. ¿Has tenido alguna cirugía?			29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o cualquier otro órgano?		
Preguntas de la salud de tu corazón	Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
5. ¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Has sentido dolores, o presión en tu pecho mientras haces ejercicios?			32. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
7. ¿Su corazón siempre corre o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha tenido un herpes o infección de la piel MRSA?		
8. ¿Ha dicho tu médico que tienes problemas médicos con tu corazón? Si Sí, chequea todo que aplica: <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____			34. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
9. ¿Ha pedido un médico un examen médico de tu corazón?			35. ¿Alguna vez has tenido un golpe en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Te sientes mareado o tienes dificultad respirando durante el ejercicio?			36. ¿Tiene antecedentes de trastornos convulsivos?		
11. ¿Has tenido un incautación inexplicable?			37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12. ¿Te sientes más cansado o tienes más dificultad de respirar que tus amigos cuando haces ejercicios?			38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
Preguntas de la salud de los corazones de tu familia	Sí	No	39. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caer?		
13. ¿Ha fallecido un miembro de la familia de problemas del corazón o de una muerte inexplicable antes de la edad de 50 años? (Incluyendo ahogo, un accidente de coche inexplicable, o síndrome de muerte súbita infantil)			40. ¿Alguna vez se enferma durante el ejercicio en el calor?		
14. ¿Hay alguien en su familia que tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Usted tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
15. ¿Tiene alguien en tu familia un problema del corazón, usa un marca pasos o un desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
16. ¿Tiene alguien en tu familia desmayos inexplicables, incautaciones inexplicables o casi ahogo?			43. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?		
Preguntas de huesos y articulaciones	Sí	No	44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
17. ¿Ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?			45. ¿Usted usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez te has quebrado o fracturado un hueso o dislocado una articulación o coyuntura?			46. ¿Usa gafas de protección, o anteojos de seguridad?		
19. ¿Ha tenido una lesión que requiera radiografías, resonancia magnética, CT, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			47. ¿Le preocupa su peso?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura de estrés?			48. ¿Estás tratando de o ha recomendado alguien que usted gana o pierde peso?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tiene o ha tenido una radiografía para la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Está usted en una dieta especial o usted evita ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, ortopédicos, u otro dispositivo de ayuda?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
23. ¿Tiene un hueso, músculo o lesión de la articulación que le molesta?			51. ¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones se vuelven dolorosas, hinchadas, se sienten calientes, o se ven de color rojo?			Sólo mujeres	Sí	No
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?		
			54. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique respuestas "sí" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

PREPARTICIPACIÓN EVALUACIÓN FÍSICA EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE HISTORIA SUPLEMENTARIO

Fecha de Examen Médico _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de discapacidad		
3. Clasificación (Si posible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente / trauma, otros)		
5. Enumerar los deportes que usted está interesado en jugar	Si	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, dispositivo de ayuda, o prótesis?		
7. ¿Utiliza algún corsé especial o dispositivo de ayuda para los deportes?		
8. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, o cualesquier otros problemas de la piel?		
9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función intestinal o de la vejiga?		
12. ¿Usted tiene ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Ha tenido la disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad del calor (hipertermia) o (hipotermia) enfermedades relacionadas con el frío?		
15. ¿Tiene la espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden ser controladas con medicación?		

Explique respuestas "si" aquí

	Si	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
La osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
El entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
El entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
El cambio reciente en la coordinación		
El cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
La alergia al látex		

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes.

Explique respuestas "si" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

© 2010 Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, el Colegio Americano de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, la Sociedad Americana Ortopédica de Medicina Deportiva y Americana de Osteopatía de la Academia de Medicina del Deporte. Se concede permiso para reproducir para fines no comerciales, educativos con acuse de recibo.