

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno 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 _____
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.

PREGUNTAS GENERALES

- | | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha rehusado o limitado alguna vez un doctor tu participación en deportes por alguna razón? | | |
| 2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: | | |
| <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones | | |
| Otro: _____ | | |
| 3. ¿Has pasado alguna vez la noche en el hospital? | | |
| 4. ¿Has tenido cirugía alguna vez? | | |

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN

- | | Sí | No |
|--|----|----|
| 5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio? | | |
| 6. ¿Has tenido alguna vez molestia, dolor, opresión, o presión en el pecho cuando haces ejercicio? | | |
| 7. ¿Se acelera alguna vez tu corazón o se salta latidos (latidos irregulares) cuando haces ejercicio? | | |
| 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: _____ | | |
| 9. ¿Ha ordenado alguna vez un doctor una prueba de tu corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma) | | |
| 10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio? | | |
| 11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable? | | |
| 12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio? | | |

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA

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)?
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?
15. ¿Tiene alguien en su familia problemas de corazón, marcapasos, o desfibrilador implantado?
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES

- | | Sí | No |
|---|----|----|
| 17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón? | | |
| 18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación? | | |
| 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? | | |
| 20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés? | | |

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)
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté 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?

PREGUNTAS MÉDICAS

Sí No

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?
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), tu bazo, o algún otro órgano?
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas de presión, u otros problemas en la piel?
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?
47. ¿Te preocupa tu peso?
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?
49. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas?
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?

SÓLO PARA MUJERES

52. ¿Has tenido alguna vez un período menstrual?
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?

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 _____ Date _____

©2010 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes.