EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL

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

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deportes _____

Medicamentos y alergias: Enumera todos los medicamentos recetados y de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente.

_____

_____

_____

¿Tienes alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, identifica la alergia específica a continuación:

☐ Medicamentos ☐ Pólenes ☐ Alimentos ☐ Insectos que pican

Explica las respuestas "Sí" a continuación. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas no sepas.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico te negó o restringió tu participación en deportes por algún motivo?		
2. ¿Tienes alguna condición médica actual? Si es así, identifícala a continuación: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones Otro: _____		
3. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez te has o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez tu corazón se acelera o tienes arritmia (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes algún problema cardíaco? Si es así, marca todo lo que corresponda: ☐ Alta presión arterial ☐ Un soplo en el corazón ☐ Colesterol alto ☐ Una infección del corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para tu corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te mareas o sientes que te falta el aire más de lo normal durante el ejercicio?		
11. ¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	**Sí**	**No**
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?		
14. ¿Alguien en tu familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien en tu familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi ahogamiento?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
17. ¿Alguna vez has tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que te hizo perder una práctica o un juego?		
18. ¿Alguna vez has tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?		
19. ¿Alguna vez has tenido una lesión que requirió radiografías, resonancias magnéticas, tomografías, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?		
21. ¿Alguna vez te han dicho que tienes o has tenido una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Utilizas regularmente una férula, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te molesta?		
24. ¿Alguna de tus articulaciones se pone dolorosa, hinchada, se siente caliente o se ve roja?		
25. ¿Tienes antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, jadeas o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
27. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas u otros problemas de la piel?		
33. ¿Has tenido una infección de la piel por herpes o MRSA?		
34. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
35. ¿Alguna vez has tenido un golpe o impacto en la cabeza que te causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes historia de trastornos convulsivos?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
39. ¿Alguna vez no has podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
40. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
41. ¿Tienes calambres musculares frecuentes cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tú o alguien de tu familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?		
44. ¿Has tenido alguna lesión en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas anteojos protectores, como goggles o un protector facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando o alguien te ha recomendado que ganes o pierdas peso?		
49. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
51. ¿Tienes alguna preocupación que te gustaría discutir con tu doctor?		
SOLO PARA MUJERES		
52. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
53. ¿A qué edad tuviste tu primer periodo menstrual?		
54. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica a continuación las respuestas "sí":

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por medio de la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

©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 with acknowledgment.