

Evaluación Física previa a la participación en deportes

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

(Nota: El paciente y sus padres deberán llenar este formulario antes de ver al médico. El médico deberá conservar este formulario en el expediente del paciente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

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

Medicinas y alergias: Por favor anota todas las medicinas con o sin receta, y los suplementos (de hierbas y nutrición) que estás tomando actualmente

¿Tienes alguna alergia? Sí No Si respondes "sí", por favor identifica la alergia específica a continuación.
 Medicinas Polen Comida Insectos

Explica las respuestas que contestaste "sí". Marca un círculo alrededor de las preguntas que no sepas.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico te negó o restringió tu participación en deportes?		
2. ¿Tienes alguna afección médica constante? Por favor identificala <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra: _____		
3. ¿Alguna vez pasaste la noche (estuviste internado) en un hospital?		
4. ¿Tuviste alguna cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA	Sí	No
5. ¿Alguna vez te desmayaste o casi te desmayaste MIENTRAS o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sentiste una molestia, dolor, tensión o presión en el pecho mientras hacías ejercicio?		
7. Mientras haces ejercicio, ¿sientes que el corazón te late muy rápido (se dispara) o que los latidos son irregulares?		
8. ¿Alguna vez un médico te dijo que tienes algún problema en el corazón? Si es así, marca todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otra: _____		
9. ¿Tu médico alguna vez te dio una orden para hacerte un examen del corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. Mientras haces ejercicio, ¿te sientes mareado o te falta el aire más de lo que podría esperarse?		
11. ¿Alguna vez tuviste una convulsión inexplicable?		
12. Mientras haces ejercicio, ¿te cansas o te falta el aire más que a tus amigos?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE TU FAMILIA	SÍ	NO
13. ¿Algún miembro de tu familia murió por problemas del corazón o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluso por ahogo, accidente automovilístico sin explicación, o síndrome infantil de muerte súbita)?		
14. ¿Alguien de tu familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfán, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada ó taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien de tu familia tiene problemas cardíacos, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien de tu familia ha tenido desmayos o convulsiones inexplicables, o casi se ahoga?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
17. ¿Alguna vez tuviste una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que no te permitió ir al entrenamiento o a un partido?		
18. ¿Alguna vez te fracturaste o fisuraste huesos, o te dislocaste articulaciones?		
19. ¿Alguna vez tuviste una lesión que requirió rayos X, MRI (imagen de resonancia magnética), tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas?		
20. ¿Alguna vez tuviste una fractura de esfuerzos (stress fracture)?		
21. ¿Alguna vez te dijeron que tienes, o una radiografía mostró, inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas habitualmente un aparato ortopédico, plantillas u otro dispositivo de ayuda?		
23. ¿Tienes alguna lesión en un hueso, músculo o articulación que te molesta?		
24. ¿Alguna de tus articulaciones te causa dolor, se hincha, se siente caliente o se pone roja?		
25. ¿Tienes antecedentes de artritis juvenil o enfermedad en el tejido conectivo?		

PREGUNTAS MÉDICAS	SI	NO
26. ¿Toses, tienes un silbido al respirar o respiras con dificultad mientras haces o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o tomado medicina para el asma?		
28. ¿Alguien de tu familia tiene asma?		
29. ¿Naciste sin (o te falta) un riñón, un ojo, un testículo (hombres), tu baso o cualquier otro órgano?		
30. ¿Sufres de dolor en la ingle, o tienes un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle?		
31. ¿Tuviste mononucleosis infecciosa (mono) durante el mes pasado?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, ulceraciones por presión, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido alguna vez herpes o infecciones de la piel por estafilococos resistentes a la meticilina (MRSA)?		
34. ¿Has tenido alguna vez una lesión en la cabeza o una contusión?		
35. ¿Alguna vez recibiste un golpe en la cabeza que te causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes antecedentes de convulsiones?		
37. ¿Te duele la cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Alguna vez sentiste adormecimiento, cosquilleo o debilidad en los brazos o piernas después de caerte o de sufrir un golpe?		
39. ¿Alguna vez sufriste la pérdida de movilidad de los brazos o piernas después de caerte o sufrir un golpe?		
40. ¿Alguna vez te empezaste a sentir mal mientras hacías ejercicio en el calor?		
41. ¿Sientes calambres con frecuencia mientras haces ejercicio?		
42. ¿Alguien de tu familia tiene o es portador de anemia falciforme?		
43. ¿Has tenido algún problema en los ojos o en la vista?		
44. ¿Has tenido alguna lesión en un ojo?		
45. ¿Usas gafas o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para tus ojos, tales como gafas protectoras o máscaras?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estas intentado o te han recomendado aumentar o bajar de peso?		
49. ¿Estas siguiendo una dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas?		
50. ¿Alguna vez sufriste un trastorno en tu alimentación?		
51. ¿Tienes alguna preocupación que querías conversar con un médico?		
MUJERES ÚNICAMENTE		
52. ¿Has tenido un período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos tuviste en los últimos 12 meses?		

Explica a continuación las preguntas que respondiste "sí"

Por la presente, declaro que según lo que yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Evaluación Física previa a la participación en deportes

DEPORTISTAS CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

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

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha del comienzo de la discapacidad		
3. Clasificación (si se encuentra disponible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente, trauma)		
5. Anota los deportes en los que desees jugar		
	SÍ	NO
6. ¿Usas habitualmente un aparato ortopédico, un dispositivo de ayuda o prótesis?		
7. ¿Usas un aparato ortopédico o dispositivo de ayuda especial para hacer deportes?		
8. ¿Tienes algún sarpullido, ulceraciones o algún otro tipo de problema en la piel?		
9. ¿Tienes una pérdida en tu capacidad auditiva? ¿Usas audífono?		
10. ¿Tienes algún impedimento visual?		
11. ¿Tienes algún dispositivo especial para orinar o defecar?		
12. ¿Sientes ardor o dolor al orinar?		
13. ¿Has tenido disreflexia (reflejo anormal) autónoma?		
14. ¿Te han diagnosticado alguna vez una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Sufres espasmos musculares?		
16. ¿Sufres convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicina?		

Explica las preguntas en las que respondiste "sí"

Por favor indica si has tenido algo de lo que mencionamos a continuación

	SÍ	NO
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación con Rayos X por inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangras con facilidad		
Bazo agrandado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
Adormecimiento o cosquilleo en los brazos o manos		
Adormecimiento o cosquilleo en las piernas o pies		
Debilidad en los brazos o manos		
Debilidad en las piernas o pies		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la habilidad para caminar		
Espina bifida		
Alergia al látex		

Explica las preguntas en las que respondiste "sí"

Por la presente, declaro que según lo que yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Evaluación Física previa a la participación en deportes

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FÍSICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIO PARA LOS MÉDICOS

1. Consideren preguntas adicionales en los temas más delicados

- ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez sientes tristeza, desesperanza, depresión o ansiedad?
- ¿Te sientes seguro en tu casa o en el lugar dónde vives?
- ¿Has probado alguna vez cigarrillos, o mascado tabaco o lo has consumido en alguna otra forma?
- En los últimos 30 días ¿has mascado tabaco o lo has consumido en alguna forma?
- ¿Bebes bebidas alcohólicas o usas otras drogas?
- ¿Alguna vez tomaste esteroides anabólicos para aumentar o bajar de peso, o para mejorar tu desempeño?
- ¿Usas cinturón de seguridad? ¿Usas casco? ¿Usas condones?

2. Consideren repasar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a 14)

REVISACIÓN/EXAMEN		
Altura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Presión Arterial _____ / _____	(_____ / _____) Pulso _____	Visión D20/ _____ I20/ _____ Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ASPECTOS MÉDICOS	NORMAL	ANORMAL
Apariencia • Estigmas de Marfán (escoliosis, arco del paladar alto, pectus excavatum, aracnodactilia, extensión brazo>altura, hiperlaxidad, miopía, MVP, insuficiencia aórtica)		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta ^a • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón ^a • Soplos (auscultación de pie, supina, +/-Valsalva • Ubicación del punto de máximo impulso (PMI)		
Pulsos • Femoral simultáneo y radial		
Pulmones		
Abdomen		
Genital urinaria (hombres únicamente) ^b		
Piel • HSV, lesiones que sugieran MRSA, tinea corporis		
Neurológico ^c		
MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslos		
Rodilla		
Pie/dedos del pie		
Funcional • Caminar en cuclillas, saltar en una sola pierna		

^aConsidere ECG, ecocardiograma, y remisión a un cardiólogo por antecedentes o exámenes cardiacos anormales.

^bConsidere examen GU si es en un lugar privado. Se recomienda que haya una tercera parte presente.

^cConsidere una evaluación cognitiva o examen neuropsiquiátrico de base si hay antecedentes de contusión significativa.

- Autorizado para realizar todo tipo de deportes sin restricciones
 Autorizado para realizar todo tipo de deportes sin restricciones con recomendaciones de evaluaciones adicionales o tratamiento para _____

- No autorizado
 Evaluación adicional pendiente
 Para todo deporte
 Para ciertos deportes _____
 Razón _____

Recomendaciones: _____

He examinado al alumno nombrado anteriormente y completado la evaluación física previa a la participación en deportes. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el o los deportes según se señaló anteriormente. En mi consultorio se encuentra una copia de la evaluación física y se pondrá a disposición de la escuela si los padres lo solicitan. Si llegara a aparecer algún problema médico después de haberse autorizado al deportista para participar, el médico podrá rescindir la autorización hasta que el problema se haya resuelto y las consecuencias potenciales hayan sido explicadas al deportista (y a sus padres/tutores legales).

Nombre del médico (en imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ MD o DO

Evaluación Física previa a la participación en deportes

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre _____ Sexo Masc. Fem. Edad _____ Fecha de nacimiento _____

- Autorizado para realizar todo tipo de deportes sin restricciones
 Autorizado para realizar todo tipo de deportes sin restricciones con recomendaciones de evaluaciones adicionales o tratamiento para _____

No autorizado

- Evaluación adicional pendiente
 Para todo deporte
 Para ciertos deportes _____

Razón _____

Recomendaciones: _____

He examinado al alumno nombrado anteriormente y completado la evaluación física previa a la participación en deportes. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el o los deportes según se señaló anteriormente. En mi consultorio se encuentra una copia de la evaluación física y se pondrá a disposición de la escuela si los padres lo solicitan. Si llegara a aparecer algún problema médico después de haberse autorizado al deportista para participar, el médico podrá rescindir la autorización hasta que el problema se haya resuelto y las consecuencias potenciales hayan sido explicadas al deportista (y a sus padres/tutores legales).

Nombre del médico (en imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ MD o DO

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA

Alergias

Otra información
