

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser rellenado por el paciente y el padre o madre antes de ver al proveedor. El proveedor debe tener este formulario en el expediente médico).

Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Deportes: _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.☐ Medicamentos☐ Pólenes☐ Alimentos☐ Picaduras de insectos**Explicar las respuestas afirmativas a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.**

PREGUNTAS GENERALES		
1. ¿Cuándo fue el último examen completo o "chequeo" del estudiante? Fecha: Mes / año _____ / _____ (Idealmente, cada 12 meses)	SÍ	NO
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece alguna condición médica actualmente? Si es así, por favor identifíquela a continuación.		
4. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	SÍ	NO
5. ¿Se ha desmayado alguna vez o casi se desvaneció DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez le latió el corazón demasiado rápido u omitió pulsaciones (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: ☐ Hipertensión arterial ☐ Un soplo cardíaco ☐ Colesterol alto ☐ Una infección del corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma, ecocardiograma)		
10. ¿Se marea o tiene más dificultades para respirar de lo esperado o se cansa usted más rápido que sus amigos o compañeros de clase durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	SÍ	NO
12. ¿Tiene usted algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o una muerte súbita inesperada antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidentes inexplicables o el síndrome de muerte súbita del lactante)?		
13. ¿Tiene alguien de su familia un marcapasos, un desfibrilador implantado o problemas del corazón como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que se perdiera una práctica, un juego o un evento?		
15. ¿Tiene problemas de huesos, músculos o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS	SÍ	NO
16. ¿Sufre de tos, sibilancias (jadeos) o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Ha usado alguna vez un inhalador o toma medicamentos para el asma?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo u otro órgano?		
19. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de piel como herpes o la infección cutánea MRSA?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo craneal o conmoción cerebral?		
21. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo o sensación de debilidad, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?		
22. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
23. ¿Tiene usted o un familiar rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
24. ¿Tiene o tuvo problemas con los ojos o la visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó que gane o pierda peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
29. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar hoy?		
SOLO A LAS MUJERES	SÍ	NO
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí sus respuestas afirmativas: _____

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

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5)
 "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".

Formulario adaptado de ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para