

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)  
 Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

|  | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Se siente nervioso, ansioso o inquieto             | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| No es capaz de detener o controlar la preocupación | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Se siente triste, deprimido o desesperado          | 0          | 1           | 2                           | 3                   |

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

| PREGUNTAS GENERALES<br>(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta). |   |  | Sí | No |
|--|---|--|----|----|
| 1.   | ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?                  |  |    |    |
| 2.   | ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo? |  |    |    |
| 3.   | ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?  |  |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR  |   |  | Sí | No |
| 4.   | ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?        |  |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN) |   |  | Sí | No |
|--|---|--|----|----|
| 5.   | ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?   |  |    |    |
| 6.   | ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio? |  |    |    |
| 7.   | ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?  |  |    |    |
| 8.   | ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.                      |  |    |    |
| 9.   | Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?   |  |    |    |
| 10.  | ¿Alguna vez tuvo convulsiones?  |  |    |    |



| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA |   | Sí | No |
|---|---|----|----|
| 11.   | ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?   |    |    |
| 12.   | ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? |    |    |
| 13.   | ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES       |   | Sí | No |
| 14.   | ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?   |    |    |
| 15.   | ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS                   |   | Sí | No |
| 16.   | ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?   |    |    |
| 17.   | ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?  |    |    |
| 18.   | ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?   |    |    |
| 19.   | ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?   |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN) |  | Sí | No |
|--|--|----|----|
| 20.  | ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?               |    |    |
| 21.  | ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída? |    |    |
| 22.  | ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?   |    |    |
| 23.  | ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?   |    |    |
| 24.  | ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?  |    |    |
| 25.  | ¿Le preocupa su peso?  |    |    |
| 26.  | ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?   |    |    |
| 27.  | ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?  |    |    |
| 28.  | ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?  |    |    |
| ÚNICAMENTE MUJERES                                 |  | Sí | No |
| 29.  | ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?  |    |    |
| 30.  | ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?  |    |    |
| 31.  | ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?   |    |    |
| 32.  | ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?   |    |    |

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

---



---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

| EXAMINATION   |               |  |
|---|---------------|--|
| Height: _____   | Weight: _____ |  |
| BP: _____ / _____ ( _____ / _____ )   | Pulse: _____  | Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| MEDICAL   | NORMAL        | ABNORMAL FINDINGS  |
| Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul> |               |  |
| Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>  |               |  |
| Lymph nodes   |               |  |
| Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>  |               |  |
| Lungs   |               |  |
| Abdomen   |               |  |
| Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>   |               |  |
| Neurological  |               |  |
| MUSCULOSKELETAL   | NORMAL        | ABNORMAL FINDINGS  |
| Neck  |               |  |
| Back  |               |  |
| Shoulder and arm  |               |  |
| Elbow and forearm   |               |  |
| Wrist, hand, and fingers  |               |  |
| Hip and thigh   |               |  |
| Knee  |               |  |
| Leg and ankle   |               |  |
| Foot and toes   |               |  |
| Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>   |               |  |

<sup>a</sup> Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_