

FORMULARIO DE ANTECEDENTES FÍSICOS DE APTITUD DEPORTIVA

Minnesota State High School League

Instrucciones: Complete y firme este formulario (con su padre/madre si es menor de 18 años) antes de su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha del examen: _____ Deporte(s): _____

S Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Cómo identifica su género? (F, M u otro): _____

¿Tuvo COVID-19? S / N ¿Recibió la vacuna contra el COVID-19? S / N ¿1, 2, or 3 dosis? (Encierre en un círculo) 1 2 3

Condiciones médicas anteriores y actuales: _____

¿Alguna vez tuvo cirugía? En caso afirmativo, enumere todas las cirugías anteriores _____

Enumere los medicamentos y suplementos actuales: recetados, de venta libre y suplementos herbales o nutricionales.

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, picaduras de insectos). _____

Cuestionario de salud del/de la paciente - Versión 4 (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas? (Encierre la respuesta en un círculo).

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad días	Casi todos los días
Se sintió nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a	0	1	2	3
No pudo parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
Sintió poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
Se sintió decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3

(Si la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 2 o 3 y 4 es ≥ 3 , evalúe al/a la paciente).

Encierre en un círculo los números de las preguntas para las cuales desconozca la respuesta.

Encierre S en un círculo para responder Sí y N para No

PREGUNTAS GENERALES

- 1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor médico? Y / N
- 2. ¿Alguna vez un proveedor médico le negó la autorización o restringió su participación en deportes por algún motivo? Y / N
- 3. ¿Tiene algún problema médico continuo o enfermedad reciente? Y / N

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN ^a

- 4. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmayó durante o después de hacer ejercicio? Y / N
- 5. ¿Alguna vez tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho cuando hacía ejercicio? Y / N
- 6. ¿Su corazón alguna vez se acelera o se saltea latidos (latidos irregulares) cuando hace ejercicio? Y / N
- 7. ¿Alguna vez le dijo un médico que tiene algún problema cardíaco? Y / N
- 8. ¿Alguna vez un médico solicitó un examen médico para su corazón? Por ejemplo, electrocardiograma (EKG) o ecocardiograma (ECO).. Y / N
- 9. ¿Se siente mareado/a o le falta el aire más que a sus compañeros/as durante el ejercicio? Y / N
- 10. ¿Alguna vez tuvo una convulsión? Y / N

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA^a

- 11. ¿Alguien de su familia inmediata o familiar falleció por problemas cardíacos o sufrió una muerte súbita e inexplicable antes de los 35 años (Incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)? Y / N
- 12. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético, como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS) o corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica Y / N
- 13. ¿Alguien en su familia recibió un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años? Y / N

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES

- 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por fatiga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder un entrenamiento o partido? Y / N
- 15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste? Y / N

PREGUNTAS MÉDICAS

- 16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio? Y / N
- 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano? Y / N
- 18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle? Y / N
- 19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones que van y vienen, incluyendo herpes o estafilococo áureo resistente a la metilicina (MRSA)? Y / N
- 20. ¿Alguna vez tuvo una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que le provocó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? Y / N
- 21. ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no pudo mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída? Y / N
- 22. ¿Alguna vez se sintió mal cuando hacía ejercicio en el calor? Y / N
- 23. Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? Y / N
- 24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con los ojos o la visión? Y / N
- 25. ¿Le preocupa su peso? Y / N
- 26. ¿Está intentando o alguien le recomendó subir o bajar de peso? Y / N
- 27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? Y / N
- 28. ¿Alguna vez tuvo un trastorno alimentario? Y / N

SOLO PARA MUJERES

- 29. ¿Tuvo alguna vez la menstruación? Y / N
- 30. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____
- 31. ¿Cuándo tuvo su menstruación más reciente? _____
- 32. ¿Cuántas menstruaciones tuvo en los últimos 12 meses? _____

Declaración:

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

Firma del/de la deportista: _____ Firma del padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: ____/____/____