

DISTRITO ESCOLAR DE PASCO
HISTORIAL DE PARTICIPACIÓN PREVIA Y EXAMEN FÍSICO

**ENTIENDO QUE LA EXENCIÓN TOTAL DE PROBLEMAS DE SALUD NO PUEDE SER
GARANTIZADA POR EL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN FÍSICO REGISTRADO AL DORSO.**

FECHA: _____ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DEL EXAMEN: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ DEPORTE: _____

HISTORIAL MÉDICO

- | | Si | No | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna enfermedad/lesión recientemente, o tienes una enfermedad/ lesión ahora? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido un problema médico, enfermedad o lesión desde tu último examen? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna enfermedad crónica o recurrente? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna enfermedad que duró más de una semana? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido hospitalizado alguna vez por una noche completa? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna cirugía además de la amigdalectomía (operación de las anginas)? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión que haya requerido tratamiento médico? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has perdido algunos de tus órganos además de las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás tomando actualmente algún medicamento (incluyendo píldora anticonceptiva, vitaminas, aspirina, etc.)? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes CUALQUIER alergia (medicinas, abejas, comida, u otros factores)? _____ |
| 4. | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez dolor de pecho, mareo, desmayo, desvanecimiento durante o después del ejercicio? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te cansas más fácil o rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez algún problema con tu presión arterial o tu corazón? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas de corazón, infarto o muerte repentina antes de la edad de 50? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes algún problema de la piel (acné, comezón, erupciones, etc.)? |
| 6. | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez desmayos, convulsiones, ataques o mareos severos? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolores de cabeza severos frecuentes? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un nervio pellizcado que te cause ardor o picazón? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te han dejado noqueado o inconsciente alguna vez? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión en el cuello o en la cabeza? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez agotamiento por calor, insolación, espasmo muscular o problemas similares relacionados con el calor? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido asma, o dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio? |
| 9. | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes de protección? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas cualquier aparato dental como frenos, puente, dentadura postiza, o retenedor? |
| 11. | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de rodilla? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de tobillo? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te has lastimado alguna vez alguna otra articulación (hombro, muñeca, dedos, etc.)? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un hueso roto (fractura)? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez que ser enyesado, entablillado, o has tenido que usar muletas? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes que usar equipo especial para competir(almohadillas, aparatos ortopédicos, collarín, etc.)? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han pasado más de 5 años desde que se te administró la última dosis de refuerzo contra el tétano? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te preocupa tu peso? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUJERES: ¿Tienes algún problema menstrual? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna preocupación médica con respecto a la participación en los deportes? |

***** EL ATLETA NO DEBE ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA *****

NEED EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):

PHYSICAL EXAMINATION/SCREENING

NAME: _____ **GRADE:** _____ **SCHOOL:** _____

Age: _____ Pulse: _____
Height: _____ Blood Pressure: _____
Weight: _____ Visual Acuity: Left 20/ _____
Right 20/ _____

(Optional)

Urinalysis:
Body Fat %
HCT:
EST VO2 Max:
Audiometry:

Normal

Abnormal

- | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Head | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. | Eyes (pupils), ENT | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. | Teeth | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. | Chest | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. | Lungs | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. | Heart | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. | Abdomen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. | Hernia | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. | Neurologic | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Skin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Physical Maturity | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Spine, Back | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Shoulders, Upper extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 14. | Lower extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |

Assessment: Full participation
 Limited participation (describe limitations, restrictions):

 Participation contraindicated (list reasons):

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

EXAMINER'S SIGNATURE: _____ **TODAY'S DATE:** _____

EXAMINER'S PHONE: _____ **PRINT/STAMP EXAMINER'S NAME:** _____