

# 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.			
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Pólenes	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> 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		
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: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Una infección del corazón <input type="checkbox"/> 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		
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 de 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

# FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Deportes: \_\_\_\_\_

EXAMEN		
Altura: _____	Peso: _____	ÍNDICE DE MASA CORPORAL: _____
BP: _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulso: _____	Visión D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto		
Ojos, oídos, nariz, garganta		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, supino, con y sin Valsalva)		
Pulsos		
Pulmones		
Abdomen		
Piel		
Sistema neurológico		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

Autorizado para todos los deportes sin restricción

Autorizado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento para:

No autorizado

Pendiente de evaluación adicional

Para cualquier deporte

Para ciertos deportes: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He examinado el estudiante mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y participar en los deportes, según lo indicado anteriormente. Existe copia del examen físico en el expediente de mi oficina y se puede hacer disponible a la escuela si los padres así lo solicitan. Si se presentaran condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el proveedor podrá rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se haya explicado completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores). Este formulario es un duplicado exacto del actual formulario requerido por la Junta Estatal de Educación, que contiene las mismas preguntas de historial y los resultados del examen físico. También he revisado el "Protocolo de examen sugerido".

Nombre del proveedor (escribir a mano o a máquina): \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

*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 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 y la Sociedad Estadounidense de Ortopedia para la Medicina Deportiva.