

ESTE CUESTIONARIO ES ÚNICAMENTE PARA EL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE, NO ENTREGAR EN LA ESCUELA
COMPLETAR ANTES DE LA CITA

FORMULARIO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA PARA EL DEPORTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID del estudiante: _____

Deportes: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Masculino Femenino

EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CONTINUACIÓN, MARQUE CON UN CÍRCULO LAS PREGUNTAS QUE NO ENTIENDA

	Sí	No	RIESGO INFECCIÓN:	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico negó o restringió su participación en una actividad deportiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Tiene antecedentes recurrentes o persistentes de erupciones, úlceras por presión, herpes u otras infecciones de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna enfermedad (asma/diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Alguna vez se le diagnosticó o se trató por una infección de estafilococo aureus resistente a la metilicina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO CARDÍACO:			3. ¿Antecedentes de Mono (EBV) en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Algún familiar falleció de súbitamente antes de los 50 años por una enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Antecedentes de fiebre recurrente sin justificación o tos crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted o algún familiar tiene antecedentes de:			5. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar tiene antecedentes de tuberculosis o PPD positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. enfermedades cardíacas como cardiomiopatía hipertrófica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Antecedentes de hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. arritmia, latido irregular, marcapasos WPW (Wolf Parkinson White), síndrome de QT largo u otro problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Antecedentes de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIESGO ORTOPÉDICO:		
3. ¿Su corazón se acelera o se saltan latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se quebró un hueso alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez sufrió de dolores en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Antecedentes de lesión de cuello o espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se desvaneció o casi se desvaneció mientras o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Antecedentes de dolor crónico de espalda o cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Antecedentes de lesión de tobillo, rodilla o cadera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene antecedentes de soplos cardíacos (con excepción de soplos inofensivos) u otro problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Antecedentes de lesión de muñeca, hombro o codo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Antecedentes de mareos inexplicables durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene alguna extremidad artificial o dispositivo protésico (dentadura postiza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez se realizó un ECG o electrocardiograma de su corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRAS PREGUNTAS RELEVANTES:		
10. ¿Antecedentes de enfermedades cardíacas congénitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Toma alguna medicación o pastillas con o sin prescripción (de venta libre) médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Antecedentes de inflamación del corazón o enfermedad de Kawasaki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Toma suplementos o medicamentos para aumentar o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO RESPIRATORIO:			3. ¿Toma alguna medicación o suplementos para aumentar su fuerza o mejorar su rendimiento deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Antecedentes de tos, silbidos o dificultad para respirar mientras o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está intentando aumentar o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicación para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Nació sin o le falta un riñón, ojo, (si es hombre, testículo), (si es mujer, ovario) u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene antecedentes de alergias graves al polen, picaduras de insectos, alimentos o hierbas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Antecedentes de trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez le dijo un doctor que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Antecedentes de calambres musculares agudos o de sentirse muy enfermo al hacer en ejercicio cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Antecedentes de costillas rotas en las últimas seis semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Antecedentes de cirugías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO NEUROLÓGICO:			9. ¿Antecedentes de hígado o bazo agrandado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Antecedentes de lesión o traumatismo en la cabeza o en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Antecedentes de enfermedad/fenotipo de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tuvo alguna vez amnesia o pérdida de memoria después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Antecedentes de hipoglucemia (bajo azúcar en sangre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez sintió entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas después de un golpe o caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Presenta algún cambio desde su última aptitud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Antecedentes de ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUJERES MAYORES DE 16 (OPCIONAL):		
5. ¿Antecedentes de dolores de cabeza al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez le ha faltado el periodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene antecedentes de problemas con los ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Alguna vez le ha fallado el periodo durante más de 90 días en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usa lentes o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS AQUÍ:		
8. ¿Antecedentes de inestabilidad del cuello (por ejemplo, Inestabilidad Atlantoaxial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

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

Firma del atleta: _____ Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO ESCOLAR DE APTITUD FÍSICA PARA EL DEPORTE

Otorgo permiso para entregar la información siguiente al personal de la escuela.

Firma del padre/madre/tutor: _____

NOMBRE: _____	Fecha de nacimiento: _____	ID del estudiante: _____
Deportes: _____	Escuela: _____	Grado: _____
Contacto de emergencia: _____	Celular: _____	Teléfono del hogar: _____
ALERGIAS: _____	MEDICACIONES: _____	

Fecha del examen: _____ Altura: _____ Peso: _____ BMI (Índice de masa corporal): _____ Pulso: _____

Presión arterial: _____/_____

AUDICIÓN: Aprobado der/izq <25dbis (todas las frecuencias)
 No aprobado _____ No realizado

Visión: D 2W/____ I 2W/____ Ambos 2W/____ Corregido: S N
 U/A: Normal _____

VACUNAS OBLIGATORIAS: Sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, Polio, tétanos, tos ferina y varicela.

- Al día (consultar certificado de vacunación adjunto) Vencido, vacunas necesarias: _____
 Evaluación de traumatismo de referencia

MÉDICA:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia general		
Cabeza ojos/oidos/nariz/garganta		
Cuello		
Aparato respiratorio		
Corazón		
Pulsos		
Abdomen		
Piel		
Neurológico		
Nódulo linfático		
Tracto genitourinario (solo hombres)		
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Espalda (incluye examen de escoliosis)		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

Evaluación/plar: _____

SELLO DE LA OFICINA:

- Válido para todos los deportes sin restricciones
 No válido para: Todos los deportes Ciertos deportes: _____

Motivo: _____

- Derivado porque requiere más evaluación (consultar las recomendaciones a continuación):
 Válido con restricciones (consultar las recomendaciones a continuación):

Recomendaciones: _____

Nombre del médico (en imprenta): _____ dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____, M.D., D.O. o N.P. Fecha: _____

Basado en las recomendaciones desarrolladas por la Academia Americana de Médicos de Familia, la Academia Americana de Pediatras, la Sociedad Médica Americana para la Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Americana para la Medicina del Deporte y la Academia Osteopática Americana para la Medicina del Deporte.
 Revisado marzo de 2012