

Evaluación Previa a la Participación

Fecha del Examen: _____			
Nombre: _____	F/M: _____	Edad: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Grado: _____	Escuela: _____	Deporte(s): _____	
Domicilio: _____		Teléfono: _____	
Médico Personal: _____		Teléfono: _____	
En caso de emergencia ponerse en contacto con:			
Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono _____	_____
		(hogar)	(trabajo) (celular)

Favor de contestar a todas las preguntas siguientes. Explica en el espacio provisto cualquier respuesta que indique “Sí” y marca con un Círculo cualquier pregunta si no sabes la respuesta.

- | | | |
|--|----------|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o restringido su participación en los deportes por cualquier razón? 2. ¿Tienes alguna condición actual como diabetes, asma o presión alta? 3. ¿Tienes alguna alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos? 4. ¿Alguna vez te has casi desmayado o desmayado durante o después de hacer ejercicios? 5. ¿Alguna vez has sentido molestia, dolor o presión en el pecho al hacer ejercicios? 6. ¿El corazón te late rápido o te falla el puso al hacer ejercicios? 7. ¿Alguna vez un doctor te ha recomendado una prueba al corazón llamada EKG? 8. ¿Alguien de tu familia falleció por un problema al corazón antes de cumplir los 50? 9. ¿Alguien de tu familia tiene el Síndrome de Marfán? 10. ¿Alguna vez tuviste que pasar la noche en el hospital? 11. ¿Alguna vez has tenido una cirugía? 12. ¿Alguna vez tuviste una lesión que te hizo perder una práctica o partido? 13. ¿Alguna vez te dislocaste o rompiste un hueso? 14. ¿Normalmente usas una venda o un dispositivo de ayuda? 15. ¿Algún doctor te indicó que tienes asma o alergias? 16. ¿Toses, jadeas o tienes dificultad para respirar cuando haces ejercicios? 17. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicina para el asma? 18. ¿Naciste sin uno de tus riñones, ojos, testículos o cualquier otro órgano? 19. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el mes pasado? 20. ¿Tienes alguna erupción u otro problema en la piel? 21. ¿Alguna vez tuviste una infección de herpes en la piel? 22. ¿Alguna vez tuviste una concusión? 23. ¿Alguna vez tuviste un golpe de cabeza que te dejó confundido o perdiste la memoria? 24. ¿Te da dolor de cabeza cuando haces ejercicios? 25. ¿Alguna vez sentiste debilidad, entumecimiento u hormigueo después de golpearlo o caerte? 26. ¿Alguna vez has sufrido un ataque? 27. ¿Te da calambres musculares o te sientes enfermo cuándo hace ejercicios en el calor? 28. ¿Un doctor le ha dicho a alguien en tu familia que tiene rasgos o enfermedad de célula falciforme? 29. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista? 30. ¿Usas lentes o lentes de contacto? 31. ¿Te sientes complacido con tu peso? | Sí No | <p style="text-align: right;">MEDICAMENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ <p style="text-align: right;">ALERGIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ |
|--|----------|---|

SÓLO PARA MUJERES

32. ¿Has tenido un período menstrual? Sí No
 33. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período? Sí No

Explicar cualquier pregunta que contestaron "Sí":

Por la presente indico, que en lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Pre-participation Physical Evaluation

Name _____ Date of Birth: _____

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ Pulse: _____ BP: _____/_____

Vision: R 20/____, L 20/____ Corrected: Y/N Pupils: Equal____ or Unequal____ Allergies _____

	NORMAL	ABNORMAL	INITIALS
GENERAL			
General Appearance			
HEENT			
Hearing			
Lymph Nodes			
Heart			
Murmurs			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
GU (males only)			
Musculoskeletal			
Neck			
Back			
Shoulders/Arms			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand/Fingers			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot/Toes			

Pre-participation Physical Evaluation Clearance

Name of Athlete: _____

Birthdate: _____

Grade: _____

School: _____

Athlete is cleared without restrictions.

Athlete is cleared with the following restrictions:

Athlete is not cleared to participate

Name of Physician: _____ M.D. or D.O.

Address _____ Phone: _____

Signature of Physician _____ Date: _____