

PREPARTICIPACIÓN EVALUACIÓN FÍSICA

FORMA DE HISTORIA MÉDICA

(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener esta forma en el gráfico.)

Fecha de Examen Médico _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicinas y Alergias: Escribe una lista de todas las medicinas, de receta y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando

¿Tienes alergias? Sí No Si tienes alergias, indica la alergia.

Medicinas Pólen Comidas Insectos específica

Explica las respuestas de "Sí" abajo.

Preguntas Generales	Sí	No	Preguntas Médicas	Sí	No
1. ¿Ha sido restringido por un médico para participar en deportes por alguna razón?			26. ¿Tose, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tienes problemas médicos continuamente? Si sí, indica abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otro: _____			27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Has pasado la noche en un hospital?			28. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
4. ¿Has tenido alguna cirugía?			29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o cualquier otro órgano?		
Preguntas de la salud de tu corazón	Sí	No	30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en la ingle?		
5. ¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Has sentido dolores, o presión en tu pecho mientras haces ejercicios?			32. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
7. ¿Su corazón siempre corre o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha tenido un herpes o infección de la piel MRSA?		
8. ¿Ha dicho tu médico que tienes problemas médicos con tu corazón? Si Sí, chequea todo que aplica: <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____			34. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
9. ¿Ha pedido un médico un examen médico de tu corazón?			35. ¿Alguna vez has tenido un golpe en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Te sientes mareado o tienes dificultad respirando durante el ejercicio?			36. ¿Tiene antecedentes de trastornos convulsivos?		
11. ¿Has tenido un incautación inexplicable?			37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12. ¿Te sientes más cansado o tienes más dificultad de respirar que tus amigos cuando haces ejercicios?			38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
Preguntas de la salud de los corazones de tu familia	Sí	No	39. ¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caer?		
13. ¿Ha fallecido un miembro de la familia de problemas del corazón o de una muerte inexplicable antes de la edad de 50 años? (incluyendo ahogo, un accidente de coche inexplicable, o síndrome de muerte súbita infantil)			40. ¿Alguna vez se enferma durante el ejercicio en el calor?		
14. ¿Hay alguien en su familia que tiene miocardiopatía hipertrofica, síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Usted tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
15. ¿Tiene alguien en tu familia un problema del corazón, usa un marca pasos o un desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
16. ¿Tiene alguien en tu familia desmayos inexplicables, incautaciones inexplicables o casi ahogo?			43. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?		
Preguntas de huesos y articulaciones	Sí	No	44. ¿Ha tenido lesiones en los ojos?		
17. ¿Ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perder un entrenamiento o un partido?			45. ¿Usted usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez te has quebrado o fracturado un hueso o dislocado una articulación o coyuntura?			46. ¿Usa gafas de protección, o anteojos de seguridad?		
19. ¿Ha tenido una lesión que requiera radiografías, resonancia magnética, CT, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			47. ¿Le preocupa su peso?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura de estrés?			48. ¿Estás tratando de o ha recomendado alguien que usted gana o pierde peso?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tiene o ha tenido una radiografía para la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Está usted en una dieta especial o usted evita ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, ortopédicos, u otro dispositivo de ayuda?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
23. ¿Tiene un hueso, músculo o lesión de la articulación que le molesta?			51. ¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones se vuelven dolorosas, hinchadas, se sienten calientes, o se ven de color rojo?			Sólo mujeres	Sí	No
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
			53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
			54. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique respuestas "si" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

**EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES:
FORMULARIO DE HISTORIA SUPLEMENTARIO**

Fecha de Examen Médico _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de discapacidad		
3. Clasificación (Si posible)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente / trauma, otros)		
5. Enumerar los deportes que usted está interesado en jugar		
	Sí	No
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, dispositivo de ayuda, o prótesis?		
7. ¿Utiliza algún corsé especial o dispositivo de ayuda para los deportes?		
8. ¿Tienes algunas erupciones, úlceras por presión, o cualesquier otros problemas de la piel?		
9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función intestinal o de la vejiga?		
12. ¿Usted tiene ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Ha tenido la disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad del calor (hipertermia) o (hipotermia) enfermedades relacionadas con el frío?		
15. ¿Tiene la espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden ser controladas con medicación?		

Explique respuestas "si" aquí

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
La osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
El entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
El entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
El cambio reciente en la coordinación		
El cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
La alergia al látex		

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes.

Explique respuestas "si" aquí

Al Mejor de mis conocimientos, mis respuestas son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____
