

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

- Considerar preguntas adicionales sobre temas más delicados
 - ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?
 - ¿Te sientes triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
 - ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia familiar?
 - ¿Has probado alguna vez cigarrillos, tabaco de mascar, inhaladores o tabaco sin humo?
 - Durante los últimos 30 días, ¿has usado tabaco de mascar, inhaladores o tabaco sin humo?
 - ¿Bebes alcohol o usas algún otro tipo de droga?
 - ¿Has tomado alguna vez esteroides anabolizantes o algún otro suplemento para el rendimiento?
 - ¿Has tomado alguna vez algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o a mejorar tu rendimiento?
 - ¿Usas cinturón de seguridad, casco y preservativo?
- Considerar repasar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a la 14).

EXAMEN			
Estatura	Peso	O Masculino	O Femenino
Presión Arterial	I (I)	Pulso	Visión R20/ L20/ Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MÉDICO	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES	
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar en arco, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura > estatura, hiperlaxitud, miopía, MVP, insuficiencia aórtica).			
Ojos/orejas/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición			
Nódulos linfáticos			
Corazón (a) • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva) • Localización del punto de impulso máximo (PMI)			
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (sólo varones) (b)			
Piel • HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tifa corporal Neurológico (c)			
OSTEOMUSCULAR			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/dedos de los pies			
Funcional • Paso de pato, salto con una pierna			

- (a) Considerar ECG, ecocardiograma y referencia a cardiología por historia o examen cardiaco anormal.
 (b) Considerar el examen GU si en un entorno privado. Se recomienda la presencia de un tercero.
 (c) Considerar evaluación cognitiva o pruebas neuropsiquiátricas de base si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

- Autorizado para todos los deportes sin restricciones.
 Autorizado para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones de evaluación o tratamiento adicionales para _____

- Sin autorización
- Evaluación pendiente
 - Para cualquier deporte
 - Para ciertos deportes _____

Razón _____

Recomendaciones _____

He examinado al estudiante arriba mencionado y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes arriba mencionados. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede ser puesta a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del médico (impreso) _____ Domicilio _____ Fecha _____
 Firma del médico _____, MD o DO _____ Teléfono _____

