

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

(Nota: este formulario debe ser relleno por el paciente y sus padres antes de ver al médico. El médico deberá conservar este formulario en el expediente.)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

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

Medicamentos y alergias: Anota todos los medicamentos con receta y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que tomas actualmente.

- ¿Tienes alergias? Sí No Si sí, indica el tipo específico de alergia a continuación.
- Medicamentos Pólenes Alimentos Insectos que pican

Explica las respuestas "Sí" abajo. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas no conoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico te negó o restringió la participación en deportes por algún motivo?			26. ¿Tienes tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
2. ¿Tienes afecciones médicas actualmente? Si es así, indica a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otra:			27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador o has tomado medicamentos para el asma?		
3. ¿Alguna vez pasaste la noche en el hospital?			28. ¿Alguien de tu familia tiene asma?		
4. ¿Alguna vez te han operado?			29. ¿Naciste sin, o te falta, un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o algún otro órgano?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	Sí	No	30. ¿Tienes dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en el área de la ingle?		
5. ¿Alguna vez te has desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?			31. ¿Tuviste mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
6. ¿Alguna vez has sentido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			32. ¿Tienes alguna erupción cutánea, úlceras por presión u otros problemas en la piel?		
7. ¿Algunas veces tu corazón se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Has tenido una infección de piel por herpes o <i>staphylococcus aureus</i> resistente a la metilicina?		
8. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco? Si es así, marca todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otra:			34. ¿Alguna vez te lesionaste la cabeza o tuviste una conmoción cerebral?		
9. ¿Alguna vez un médico ha ordenado que te hicieran un estudio del corazón? (Por ejemplo, un electrocardiograma o un ecocardiograma)			35. ¿Alguna vez recibiste un golpe en la cabeza que te haya provocado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
10. ¿Te mareas o te falta el aire más de lo esperado durante el ejercicio?			36. ¿Tienes antecedentes de trastorno convulsivo?		
11. ¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable?			37. ¿Te dan dolores de cabeza al hacer ejercicio?		
12. ¿Te cansas o te quedas sin aliento más rápidamente que tus amigos cuando haces ejercicio?			38. ¿Alguna vez has sentido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN EN TU FAMILIA	Sí	No	39. ¿Alguna vez no has podido mover los brazos o las piernas después de haber recibido un golpe o de caerte?		
13. ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluye ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?			40. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
14. ¿Alguien en tu familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Te dan calambres musculares frecuentemente al hacer ejercicio?		
15. ¿Alguien de tu familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o un desfibrilador implantado?			42. ¿Tienes o algún miembro de tu familia tiene rasgo drepanocítico o anemia drepanocítica?		
16. ¿Alguien en tu familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi se ahoga?			43. ¿Has tenido problemas con los ojos o la vista?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No	44. ¿Has tenido alguna lesión en los ojos?		
17. ¿Alguna vez has sufrido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que te haya obligado a faltar a una práctica o un partido?			45. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez te has fracturado un hueso o dislocado una articulación?			46. ¿Usas protección para los ojos, como gafas de seguridad o careta?		
19. ¿Alguna vez tuviste una lesión que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas?			47. ¿Te preocupa tu peso?		
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?			48. ¿Estás intentando subir o bajar de peso, o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
21. ¿Alguna vez te han dicho que tienes inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxoidea o te han sacado una radiografía para eso? (Síndrome de Down o anisomismo)			49. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Utilizas regularmente una férula, un aparato ortopédico u otro dispositivo de ayuda?			50. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
23. ¿Tienes alguna lesión en un hueso, músculo o articulación que te molesta?			51. ¿Tienen alguna inquietud sobre la que te gustaría hablar con un médico?		
24. ¿Te duele alguna articulación o se hincha, se siente caliente o se enrojece?			SOLO MUJERES		
25. ¿Tienen antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?			52. ¿Has menstruado?		
			53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
			54. ¿Cuántos períodos menstruales has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica las respuestas de "sí" aquí

Por la presente declaro que, hasta donde sé, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del/de la atleta _____ Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: HISTORIA CLÍNICA SUPLEMENTARIA

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

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

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad		
3. Clasificación (si la sabes)		
4. Causa de la discapacidad (congénita, enfermedad, accidente/trauma, otra)		
5. Anota los deportes que te interesa practicar		
	Sí	No
6. ¿Usas regularmente un aparato ortopédico, un dispositivo de asistencia o una prótesis?		
7. ¿Usas algún aparato ortopédico o de ayuda especial para los deportes?		
8. ¿Tienes alguna erupción cutánea, úlceras por presión o cualquier otro problema en la piel?		
9. ¿Tienes pérdida auditiva? ¿Usas un aparato auditivo?		
10. ¿Tienes una discapacidad visual?		
11. ¿Usas un dispositivo especial para las funciones del intestino o la vejiga?		
12. ¿Sientes ardor o molestia al orinar?		
13. ¿Has tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o con el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tienes espasticidad muscular?		
16. ¿Tienes convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicamentos?		

Explica las respuestas de "sí" aquí

Indica si alguna vez has tenido alguno de los siguientes:

	Sí	No
Inestabilidad atlantoaxoidea		
Evaluación radiográfica para la inestabilidad atlantoaxoidea		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangras fácilmente		
Bazo agrandado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar los intestinos		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambio reciente en la coordinación		
Cambio reciente en la capacidad para caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explica las respuestas de "sí" aquí

Por la presente declaro que, hasta donde sé, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del/de la atleta _____ Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO PARA EL EXAMEN FÍSICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Considere hacer preguntas adicionales sobre cuestiones más delicadas
 - ¿Te sientes estresado(a) o bajo mucha presión?
 - ¿Algunas veces te sientes triste, desesperanzado(a), deprimido(a) o ansioso(a)?
 - ¿Te sientes seguro(a) en tu casa o residencia?
 - ¿Alguna vez has probado los cigarros, el tabaco para mascar, el rapé o tabaco para aspirar (snuff) o el tabaco para chupar (dip)?
 - Durante los últimos 30 días, ¿usaste tabaco para mascar, aspirar o chupar?
 - ¿Bebes alcohol o consumes otras drogas?
 - ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para el rendimiento?
 - ¿Alguna vez has tomado algún suplemento para ayudarte a subir o bajar de peso o mejorar tu rendimiento?
 - ¿Usas cinturón de seguridad, usas casco, usas condones?
2. Considere repasar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a 14).

EXAMEN		
Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Sexo masculino <input type="checkbox"/> Sexo femenino
Presión arterial _____ / _____ (_____ / _____)	Pulso _____	Vista D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, tórax hundido, aracnodactilia, envergadura de los brazos > estatura, hiperlaxitud articular, miopía, prolapso de la válvula mitral, insuficiencia aórtica)		
Ojos/oidos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, con y sin maniobra de Valsalva) • Ubicación del punto de impulso máximo (PMI)		
Pulsos • Pulsos femoral y radial simultáneos		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo hombres)		
Piel • Herpes simple, lesiones que sugieren el <i>staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina, tiña corporal		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		
Funcional • Caminar en cuclillas, salto en una pierna		

^a Considere realizar un ECG, un ecocardiograma y derivar al paciente a cardiología en caso de antecedentes o exámenes cardíacos anormales.

^b Considere realizar el examen genitourinario si está en un entorno privado. Se recomienda tener presente a un tercero.

^c Considere una evaluación cognitiva o una prueba neuropsiquiátrica de referencia si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

- Autorizado(a) para todos los deportes sin restricciones.
- Autorizado(a) para todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones para evaluación adicional o tratamiento para _____

No autorizado(a)

En espera de evaluación adicional

Para cualquier deporte

Para ciertos deportes _____

Razón _____

Recomendaciones _____

Examiné al estudiante nombrado arriba y realicé el examen físico previo a la participación. El/la atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s) descritos anteriormente. Una copia del examen físico está archivada en mi oficina y se puede entregar una copia a la escuela si los padres la solicitan. 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 sus padres/tutores).

Nombre del médico (en letra de imprenta/a máquina) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ .MD o DO

EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

- Autorizado(a) para todos los deportes sin restricciones.
- Autorizado(a) para todos los deportes sin restricciones, con recomendaciones para evaluación adicional o tratamiento para _____

- No tiene autorización
- En espera de evaluación adicional
 - Para cualquier deporte
 - Para ciertos deportes _____
- Razón _____

Recomendaciones _____

Examiné al estudiante nombrado arriba y realicé el examen físico previo a la participación. El/La atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s) descritos anteriormente. Una copia del examen físico está archivada en mi oficina y se puede entregar una copia a la escuela si los padres la solicitan. 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 sus padres/tutores).

Nombre del médico (en letra de imprenta/a máquina) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____, MD o DO

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Alergias _____

Otra información _____
