Evaluación física previa a la participación

HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser completado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe conservar este formulario en la historia médica).

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

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

Medicamentos y alergias: Haga una lista de todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre (de hierbas y nutricionales) que toma actualmente.

_____

_____

_____

¿Tiene alergias? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, señale a continuación cuál tiene.

☐ Medicamentos ☐ Polen ☐ Alimentos ☐ Picadura de insectos

Explique a continuación las respuestas "afirmativas". Marque con un círculo las preguntas a las que no les sabe la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez el médico le ha prohibido o restringido su participación en algún deporte por algún motivo?		
2. ¿Tiene alguna afección médica actualmente? En caso afirmativo, identifíquela a continuación: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infecciones Otra: _____		
3. ¿Alguna vez estuvo internado en un hospital?		
4. ¿Alguna vez se sometió a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD DEL CORAZÓN	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, tensión o presión en el pecho mientras hace ejercicio?		
7. ¿Alguna vez su corazón se acelera o tiene latidos irregulares mientras hace ejercicio?		
8. ¿Alguna vez le dijo el médico que tiene problemas cardíacos? En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Presión arterial alta ☐ Soplo al corazón ☐ Colesterol alto ☐ Infección del corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki Otro:_____		
9. ¿Alguna vez el médico le ordenó una prueba para el corazón? (Por ejemplo: ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Se ha sentido mareado o con mayor falta de aliento de lo esperado mientras hace ejercicio?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión de forma inexplicable?		
12. ¿Se siente más cansado o se queda sin aliento más rápido que sus amigos cuando hace ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA	**Sí**	**No**
13. ¿Algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluso ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Algún miembro de su 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?		
15. ¿Algún miembro de su familia tiene un problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
16. ¿Algún miembro de su familia tuvo algún desmayo, convulsiones o un casi ahogo inexplicable?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le haya hecho perder una práctica o un juego?		
18. ¿Alguna vez se ha roto o fracturado un hueso o se a dislocado una articulación?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que necesite radiografías, resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, aparato ortopédico, escayola o muletas?		
20. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés?		
21. ¿Alguna vez le han tomado una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usa regularmente aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tiene alguna lesión en el hueso, músculo o articulación que le cause molestias?		
24. ¿Alguna de sus articulaciones la causa dolor, se hincha, levanta temperatura o se enrojece?		
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad de los tejidos conectivos?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Tose, sibila o tiene dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicina para el asma?		
28. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
30. ¿Tiene dolor inguinal o una protuberancia dolorosa o una hernia en la ingle?		
31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa el último mes?		
32. ¿Tiene sarpullidos, úlceras de decúbito o problemas en la piel?		
33. ¿Ha tenido herpes, staphylococcus aureus multirresistente o infección a la piel?		
34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
35. ¿Alguna vez ha sufrido un golpe a la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tiene un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Sufre de dolor de cabeza cuando hace ejercicio?		
38. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas después de sufrir un golpe o caerse?		
39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o caerse?		
40. ¿Alguna vez se ha sentido descompuesto mientras ejercitaba en el calor?		
41. ¿Sufre calambres frecuentemente cuando ejercita?		
42. ¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
43. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o con la vista?		
44. ¿Ha sufrido alguna lesión en los ojos?		
45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usa protección ocular como gafas o máscara de protección?		
47. ¿Le preocupa su peso?		
48. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que suba o pierda peso?		
49. ¿Está llevando alguna dieta especial o evita comer cierto tipo de alimentos?		
50. ¿Alguna vez ha sufrido un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tiene alguna inquietud que quiera hablar con el médico?		
SOLO MUJERES		
52. ¿Alguna vez ha menstruado?		
53. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
54. ¿Cuántas veces ha menstruado en los últimos 12 meses?		

Explique a continuación las respuestas "afirmativas".

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía para Medicina Deportiva. Se permite su reimpresión para propósitos no comerciales y educativos, con reconocimiento.

■ Evaluación física previa a la participación

EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: HISTORIAL SUPLEMENTARIO

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 corresponde)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otro)		
5. Enumere los deportes que le interesan jugar		
	Sí	**No**
6. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, dispositivo de asistencia o prótesis?		
7. ¿Utiliza un aparato ortopédico o dispositivo de asistencia para practicar deportes?		
8. ¿Tiene sarpullidos, úlceras de decúbito o algún problema en la piel?		
9. ¿Tiene pérdida de la audición? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene algún impedimento de la visión?		
11. ¿Utiliza dispositivos especiales para la función de los intestinos o la vejiga?		
12. ¿Siente ardor o malestar al orinar?		
13. ¿Tuvo alguna vez disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez fue diagnosticado con una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o con el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tiene espasticidad muscular?		
16. ¿Sufre convulsiones que no pueden ser controladas con medicación?		

Explique a continuación las respuestas "afirmativas".

_____

_____

_____

_____

_____

Indique si alguna vez ha sufrido algo de lo siguiente.

	Sí	**No**
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para inestabilidad atlantoaxial		
Dislocación de articulaciones (más de una vez)		
Sangrado que ocurre fácilmente		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el movimiento intestinal		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en brazos o manos		
Debilidad en piernas o pies		
Cambios recientes en la coordinación		
Cambios recientes en la capacidad de caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explique a continuación las respuestas "afirmativas".

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía para Medicina Deportiva. Se permite su reimpresión para propósitos no comerciales y educativos, con reconocimiento.

Evaluación física previa a la participación
FORMULARIO PARA EXAMEN FÍSICO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

NOTAS PARA EL MÉDICO

1. Considere hacer preguntas adicionales sobre temas más sensibles
   - ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
   - ¿Alguna vez se siente triste, sin esperanzas, deprimido o ansioso?
   - ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
   - ¿Alguna vez fumó cigarrillos, masticó tabaco, o usó productos de tabaco?
   - ¿Durante los últimos 30 días, ¿masticó tabaco o usó algún producto de tabaco?
   - ¿Toma alcohol o consume alguna otra droga?
   - ¿Alguna vez tomó esteroides anabólicos o utilizó algún otro suplemento para el rendimiento?
   - ¿Alguna vez tomó algún suplemento para ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?
   - ¿Usa el cinturón de seguridad, el casco o condones?
2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 5 a 14).

EXAMEN		
Estatura Peso	☐ Masculino ☐ Femenino	
Presión / (/) Pulso	Visión D 20/ L 20/	Corregida ☐ S ☐ N
ASPECTO MÉDICO	**NORMAL**	**ANOMALÍAS**
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, distancia entre brazos> altura, hiperlaxis, miopía, prolapso de la válvula mitral, insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz, garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón [a] • Soplos (posición de auscultación, supina, +/- Valsalva) • Localización del punto de impulso máximo		
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo hombres)[b]		
Piel • VHS, lesiones sugestivas de MRSA, tiña corporal		
Neurológico[c]		
ASPECTO MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		
Funcional • Marcha de pato, salto con una pierna		

[a]Considere un ECG, ecocardiograma y derivación a cardiología para una historia o examen cardíaco anormal.
[b]Considere el examen genitourinario si se encuentra en un lugar privado. Se recomienda la presencia de un tercero.
[c]Considere la evaluación cognitiva o las pruebas neuropsiquiátricas de referencia si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricciones

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricciones con recomendación para más evaluación o tratamiento para _____

_____

☐ No autorizado

- ☐ A la espera de más evaluaciones
- ☐ Para cualquier deporte
- ☐ Para algunos deportes _____

Razón _____

Recomendaciones _____

_____

He examinado al alumno mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la preparación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si surgiera alguna condición después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede anular la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del médico (imprimir/letra de molde)_____ Fecha _____

Domicilio_____ Teléfono _____

Firma del médico_____, MD o DO

_____

©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía para Medicina Deportiva. Se permite su reimpresión para propósitos no comerciales y educativos, con reconocimiento.

Evaluación física previa a la participación

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre _____ Sexo ☐ M ☐ F Edad _____ Fecha de nacimiento _____

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricciones

☐ Autorizado para todos los deportes sin restricciones con recomendación para más evaluación o tratamiento para _____

_____

☐ No autorizado

- ☐ A la espera de más evaluaciones
- ☐ Para cualquier deporte
- ☐ Para algunos deportes _____

Razón _____

Recomendaciones _____

_____

_____

_____

_____

_____

He examinado al alumno mencionado anteriormente y he completado la evaluación física previa a la preparación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en los deportes como se describe anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela a solicitud de los padres. Si surgiera alguna condición después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede anular la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del médico (imprimir/letra de molde) _____ Fecha _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Firma del médico _____, MD o DO

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Alergias _____

_____

_____

_____

_____

_____

Otra información _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Americano de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Americana de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía para Medicina Deportiva. Se permite su reimpresión para propósitos no comerciales y educativos, con reconocimiento.