2025-2026

MINNESOTA STATE HIGH SCHOOL LEAGUE

CUESTIONARIO ANUAL DE SALUD DEPORTIVA DE LA MSHSL 2025-2026

Nombre _____ **Fecha de nacimiento** ___/___/_____ **Fecha de hoy** ___/___/_____

Grado _____ **Escuela** _____ **Deporte(s)**_____

Dirección _____

Teléfono _____ **Fecha del último examen físico de aptitud deportiva (SQPE)** _____

Para cada pregunta, marque Sí o No en las casillas o encierre en un círculo los números de las preguntas que no pueda responder.

EN EL ÚLTIMO AÑO, desde su último examen físico completo de aptitud deportiva con su médico o desde el Cuestionario de salud anual del segundo año, ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS?:

Cuestionario de salud del/de la deportista

	SÍ	NO
1. En el último año, ¿algún médico restringió su participación en deportes por algún motivo sin autorizarlo a volver a practicar deportes?	☐	☐
PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN EN EL ÚLTIMO AÑO		
2. En el último año, ¿alguna vez se desmayó o estuvo a punto de hacerlo *durante* o *después* de hacer ejercicio?	☐	☐
3. En el último año, ¿tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho cuando hacía ejercicio?	☐	☐
4. En el último año, ¿su corazón se acelera o se saltea latidos (latidos irregulares) cuando hace ejercicio?	☐	☐
5. En el último año, ¿se sintió mareado/a o le falta el aire más de lo esperado cuando hace ejercicio?	☐	☐
6. En el último año, ¿tuvo una convulsión inexplicable?	☐	☐
7. En el último año, ¿alguna vez le dijo un médico que tiene algún problema cardíaco?	☐	☐
8. En el último año, ¿alguna vez un médico solicitó un examen médico para su corazón? ¿Por ejemplo, electrocardiograma (EKG) o ecocardiograma (ECO)?	☐	☐
PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SUS FAMILIARES EN EL ÚLTIMO AÑO		
9. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata sufrió una muerte súbita e inesperada sin razón aparente?	☐	☐
10. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata o familiar falleció por problemas cardíacos o sufrió una muerte súbita e inesperada antes de los 35 años (incluso un ahogamiento inexplicable o un accidente automovilístico inexplicable)?	☐	☐
11. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata sufrió desmayos inexplicables, convulsiones o casi se ahoga?	☐	☐
12. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata fue diagnosticado con cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventrícular derecha, síndrome de QT largo o corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?	☐	☐
13. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata menor de 35 años tuvo un problema cardíaco, se le implantó un marcapasos o recibió un desfibrilador implantable?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE RIESGO MÉDICO EN EL ÚLTIMO AÑO		
14. En el último año, ¿tuvo una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral que todavía le genera síntomas como dolores de cabeza constantes, dificultad para concentrarse o problemas de memoria?	☐	☐
15. ¿Alguna vez se sintió mal cuando hacía ejercicio en el calor?	☐	☐
16. ¿En el último año, ha sabido que alguien de su familia tenga el rasgo o la enfermedad de la anemia falciforme?	☐	☐
17. ¿En el último año, ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no pudo mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	☐	☐

Padres/Madres o tutores/as legales: anote a continuación cualquier problema de salud, medicamentos o alergias que puedan ser importantes para que lo sepan los/las entrenadores/as o el/la director/a deportivo/a de las actividades.

_____

_____

No conozco ninguna otra razón física o de salud existente que impida la participación en deportes. Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y precisas y autorizo la participación en actividades deportivas.

_____	_____	_____
Firma del padre/madre o tutor/a legal	Firma del/de la deportista	Fecha

Notas del/de la director/a de actividades: (una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores exige un certificado médico autorizando la actividad física antes de la participación).

_____

_____

_____

Fecha límite SQPE __/ _____/ _____ **MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA: Sí ☐ NO ☐**

Preguntas complementarias de evaluación de salud mental (se pueden separar del formulario antes de enviarlo)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas? (Encierre la respuesta en un círculo).

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se sintió nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a	0	1	2	3
No pudo parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
Sintió poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
Se sintió decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3

(Si la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 2 o 3 y 4 es ≥3, consulte a su proveedor médico)

Referencia: Evaluación física previa a la participación (quinta edición): AAFP, AAP, AMSSM, AOSSM, AOASM, AAP, 2019.

Revisado el 04/04/2025