

FORMULARIO DE HISTORIAL

(Nota: este formulario debe ser rellenado por el paciente y el padre o madre antes de ver al proveedor. El proveedor debe tener este formulario en el expediente médico).

Fecha del examen: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Deportes: _____

Medicamentos y alergias: Por favor, enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre y los suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando actualmente.

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor identifique la alergia específica a continuación.

☐ Medicamentos

☐ Pólenes

☐ Alimentos

☐ Picaduras de insectos

Explicar las respuestas afirmativas a continuación. Ponga un círculo en las preguntas cuya respuesta no sepa.

PREGUNTAS GENERALES		
1. ¿Cuándo fue el último examen completo o "chequeo" del estudiante? Fecha: Mes / año _____ / _____ (Idealmente, cada 12 meses)	SÍ	NO
2. ¿Le ha negado o restringido un médico u otro profesional de la salud alguna vez su participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece alguna condición médica actualmente? Si es así, por favor identifíquela a continuación.		
4. ¿Se ha sometido alguna vez a una cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		
5. ¿Se ha desmayado alguna vez o casi se desvaneció DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	SÍ	NO
6. ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolores, rigidez o presión en el pecho durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez le latió el corazón demasiado rápido u omitió pulsaciones (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
8. ¿Le ha comentado alguna vez un médico que usted tiene problemas de corazón? Si es así, marque todos los que apliquen: ☐ Hipertensión arterial ☐ Un soplo cardíaco ☐ Colesterol alto ☐ Una infección del corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki Otros: _____		
9. ¿Le ha prescrito alguna vez un médico una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG, electrocardiograma, ecocardiograma)		
10. ¿Se mareó o tiene más dificultades para respirar de lo esperado o se cansa usted más rápido que sus amigos o compañeros de clase durante el ejercicio?		
11. ¿Ha tenido una convulsión alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		
12. ¿Tiene usted algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o una muerte súbita inesperada antes de los 50 años de edad (incluyendo ahogamiento, accidentes inexplicables o el síndrome de muerte súbita del lactante)?	SÍ	NO
13. ¿Tiene alguien de su familia un marcapasos, un desfibrilador implantado o problemas del corazón como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que se perdiera una práctica, un juego o un evento?		
15. ¿Tiene problemas de huesos, músculos o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS		
	SÍ	NO
16. ¿Sufre de tos, sibilancias (jadeos) o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Ha usado alguna vez un inhalador o toma medicamentos para el asma?		
18. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo u otro órgano?		
19. ¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión u otros problemas de piel como herpes o la infección cutánea MRSA?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo craneal o conmoción cerebral?		
21. ¿Alguna vez ha sufrido entumecimiento, hormigueo o sensación de debilidad, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?		
22. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al hacer ejercicio cuando hace calor?		
23. ¿Tiene usted o un familiar rasgo de células falciformes o la enfermedad?		
24. ¿Tiene o tuvo problemas con los ojos o la visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó que gane o pierda peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha padecido un trastorno alimentario?		
29. ¿Tiene alguna preocupación de la que le gustaría hablar hoy?		
SOLO A LAS MUJERES		
	SÍ	NO
30. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
31. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? _____		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? _____		

Explique aquí sus respuestas afirmativas: _____

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

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

ORS 336.479, sección 1 (3) "Un distrito escolar requiere que los estudiantes que participen en deportes extracurriculares, en los grados 7 a 12, pasen por un examen físico una vez cada dos años". Sección 1(5) "Cualquier examen físico obligatorio por esta sección deberá ser llevado a cabo por un (a) médico que posea una licencia sin restricciones licencia para la práctica de la medicina; (b) licencia de médico naturista; (c) asistente médico con licencia; (d) enfermera certificada; o (e) un médico quiropráctico con licencia que cuente con capacitación y experiencia clínica en la detección de enfermedades y defectos cardiopulmonares".
 Formulario adaptado de ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Date of Exam: _____

Name: _____

Date of birth: _____

Sex: _____ Age: _____ Grade: _____ School: _____

Sport(s): _____

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	BMI: _____
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected ☐ YES ☐ NO
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/ears/nose/throat		
Lymph nodes		
Heart •Murmurs (auscultation standing, supine, with and without Valsalva)		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin		
Neurologic		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		

☐ 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 provider may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians). This form is an exact duplicate of the current form required by the State Board of Education containing the same history questions and physical examination findings. I have also reviewed the "Suggested Exam Protocol".

Name of provider (print/type): _____

Date: _____

Address: _____

Phone: _____

Signature of provider: _____

ORS 336.479, Section 1 (3) "A school district shall require students who continue to participate in extracurricular sports in grades 7 through 12 to have a physical examination once every two years." Section 1(5) "Any physical examination required by this section shall be conducted by a (a) physician possessing an unrestricted license to practice medicine; (b) licensed naturopathic physician; (c) licensed physician assistant; (d) certified nurse practitioner; or a (e) licensed chiropractic physician who has clinical training and experience in detecting cardiopulmonary diseases and defects."

Form adapted from ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.