

Sección 5: Historial de salud

Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.

	Sí	No		Sí	No																					
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
2. ¿Tiene una condición médica en curso (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o píldora con o sin receta (de venta libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
4. ¿Tiene alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
7. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
8. ¿Su corazón se acelera o salta latidos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (marque todo lo que corresponda): Alta presión sanguínea Soplo cardíaco Colesterol alto Infección del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
10. ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón? (por ejemplo, ECG, ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
11. ¿Ha muerto alguien de su familia sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha sido discapacitado debido a una enfermedad cardíaca o ha muerto de problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
15. ¿Ha pasado alguna vez la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
16. ¿Alguna vez se ha tenido a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como un esguince, desgarro de un músculo o ligamento, o tendinitis, que le hizo perder una práctica o un concurso? En caso afirmativo, marque con un círculo el área afectada a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
18. ¿Ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
19. ¿Ha tenido una lesión en los huesos o articulaciones que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un aparato ortopédico, yeso o muletas? En caso afirmativo, marque con un círculo a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Cabeza</td> <td style="width: 12.5%;">Cuello</td> <td style="width: 12.5%;">Hombro</td> <td style="width: 12.5%;">Brazo</td> <td style="width: 12.5%;">Codo</td> <td style="width: 12.5%;">Mano / Dedos</td> <td style="width: 12.5%;">Pecho</td> </tr> <tr> <td>Superior de la espalda</td> <td>Espalda baja</td> <td>Cadera</td> <td>Muslo</td> <td>Rodilla</td> <td>Tobillo</td> <td>Pie</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pantorrilla/espinita</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Mano / Dedos	Pecho	Superior de la espalda	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Pie					Pantorrilla/espinita							
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo	Codo	Mano / Dedos	Pecho																				
Superior de la espalda	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Tobillo	Pie																				
				Pantorrilla/espinita																						
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
21. ¿Le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
22. ¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico o de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
				23. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				24. ¿Tose, resuena o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				25. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				29. ¿Tiene erupciones, úlceras por presión u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				30. ¿Ha tenido alguna vez una infección cutánea por herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir, un timbre, un tintineo, un golpe en la cabeza) o una lesión cerebral traumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				32. ¿Le han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o ha perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				33. ¿Experimenta mareos y / o dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				34. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				35. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de haber sido golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				36. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				37. Cuando hace ejercicio en el calor, ¿tiene calambres musculares graves o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene el rasgo de anemia falciformes o la enfermedad de anemia falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				39. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				41. ¿Utiliza anteojos protectores, como gafas protectoras o un protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				42. ¿No estás contenta(o) con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				43. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o sus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				45. ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				46. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				Preguntas sobre la menstruación: si corresponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				47. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				48. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				49. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
				50. ¿Cuándo fue su última menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

#s	Explicar "Sí", responde aquí:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del estudiante _____ **Fecha** ____ / ____ / ____

Por la presente Certifico aquí que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.

Firma del padre / guardian _____ **Fecha** ____ / ____ / ____