



Apellido _____ Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Grado (2026-2027) _____ Numero de Union ID# _____ Sexo _____ Deporte/Actividad _____
 Médico Personal _____ Teléfono _____

Indique cualquier enfermedad pasada o presente (asma, diabetes, anemia, etc.): _____

¿Ha sido operado alguna vez? En caso afirmativo, enumere todas las intervenciones quirúrgicas anteriores: _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todas las recetas actuales, medicamentos sin receta y suplementos (herbales y nutricionales). _____

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas (pólenes, alimentos, medicamentos, insectos que pican): _____

Versión 4 del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4) Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?

	Nunca	Pocos días	La mitad de los días	Casi todos los días
Nerviosismo, ansiedad o tensión	0	1	2	3
No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las dos subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para diagnóstico)

PREGUNTAS GENERALES

Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.

	SI	NO
1 ¿Le preocupa algo que le gustaría comentar con su proveedor?		
2 ¿Alguna vez le han negado o restringido la participación en algún deporte por algún motivo?		
3 ¿Tiene algún problema médico o enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE SALUD CARDIACA

	SI	NO
4 ¿Alguna vez se ha casi o desmayado durante o después de hacer ejercicio?		
5 ¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6 ¿Su corazón se acelera, se agita o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7 ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de calor?		
8 ¿Le ha pedido alguna vez un médico que le haga una prueba del corazón? Por ejemplo, ¿un electrocardiograma (ECG) o una ecocardiografía?		
9 ¿Se marea o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?		
10 ¿Ha tenido alguna vez un ataque?		

PREGUNTAS DEL CORAZÓN SOBRE SU FAMILIA

	INSEGURO	SI	NO
11 ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardiacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento, accidente de coche inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?			
12 ¿Algún miembro de su familia padece miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o catecolaminérgico?			
13 ¿Algún miembro de su familia ha tenido un marcapasos o un dispositivo implantado antes de los 35 años?			

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES

	SI	NO
14 ¿Ha tenido alguna vez una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido?		
15 ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste?		

PREGUNTAS MEDICAS

	SI	NO
16 ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17 ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
18 ¿Tiene dolor inguinal, testicular o un bulto doloroso o una hernia en la zona inguinal?		
19 ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
20 ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o un traumatismo craneal que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21 ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras sufrir un golpe o una caída?		
22 ¿Se ha enfermado mientras hacía ejercicio con calor?		

	INSEGURO	SI	NO
23 ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?			
24 ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?			
25 ¿Le preocupa su peso?			
26 ¿Está intentando o alguien le ha recomendado ganar o perder peso?			
27 ¿Sigue una dieta especial o evita determinados tipos o grupos de alimentos?			
28 ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimentario?			

PREGUNTAS DE MENSTRUACION

	N/A	SI	NO
29 ¿Ha tenido alguna vez la menstruación?			
30 ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?			
31 ¿Cuándo fue su última menstruación?			
32 ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?			

Explique aquí las respuestas "Sí": _____

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante arriba mencionado necesitara atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para que cualquier médico, entrenador atlético, enfermera o representante de la escuela brinde dicha atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente, me comprometo a indemnizar y eximir de toda responsabilidad a la escuela y a cualquier representante de la escuela o del hospital por cualquier reclamación presentada por cualquier persona a causa de dicha atención y tratamiento de dicho estudiante. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. □

Firma de Padre/ Madre/ Tutor _____

Fecha _____



Apellido _____ Nombre _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado (2026-2027) _____ Número de Union ID# _____ Sexo _____

EXAMEN FISICO

Altura: _____ Peso: _____ BP: _____ / _____ Pulso: _____ Vision: R 20/ _____ L20/ _____ Corrección: Y N

MEDICAL	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia ⊗ Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar en arco, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral (PVM) e insuficiencia aórtica).		
Ojos, Oídos, Nariz, Garganta ⊗ Pupilas Iguales ⊗ Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón ⊗ Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y +/- maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel ⊗ Virus del herpes simple (VHS), lesiones de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña corporal.		
Neurológico		
OSTEOMUSCULAR	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y Brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Caderas y muslos		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pies y dedos		
Funcional ⊗ Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una pierna y prueba de box drop o step drop		

_____ Elegible médicamente para todos los deportes sin restricciones
 _____ Elegible médicamente para todos los deportes con recomendaciones de evaluación o tratamiento adicional de: _____
 _____ Elegible médicamente para ciertos deportes: _____
 _____ No elegible médicamente pendiente de evaluación adicional para: _____
 _____ No apto médicamente para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante arriba mencionado y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para la práctica y la participación en los deportes descritos anteriormente. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado a participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres/tutores).

Nombre del profesional de salud (en letra de imprenta o a máquina): _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Firma del profesional de salud : _____