



■EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE APTITUD MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

- ☐ Apto médicamente para todos los deportes sin restricciones
- ☐ Apto médicamente para todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de
- ☐ Apto médicamente solo para determinados deportes
- ☐ No apto médicamente pendiente de una evaluación adicional
- ☐ No apto médicamente para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He realizado el examen físico de la persona indicada en este formulario y he completado la evaluación previa a la participación. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas evidentes para entrenar y puede participar en el/los deporte/s detallados en este documento. Una copia de los resultados de la exploración física está archivada en mi consulta y puede facilitarse al centro escolar si lo solicitan los padres. Si aparecen nuevas condiciones después de autorizar la participación, el médico podrá revocar la aptitud médica hasta que el problema se resuelva y se expliquen completamente las posibles consecuencias al deportista (y a padres o tutores).

Nombre del profesional sanitario (letra impresa o mecanografiada): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional sanitario: _____, MD, DO, NP o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Otra información: _____

Contactos de emergencia: _____



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL

Nota: Completa y firma este formulario (junto con tus padres si eres menor de 18 años) antes de tu cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la revisión: _____ Deporte(s): _____

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Cómo se identifica usted en cuanto a género? (F, M u otro): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales.	_____
_____	_____
¿Ha sido operado alguna vez? Si la respuesta es sí, indique todas las cirugías anteriores.	_____
_____	_____
Medicamentos y suplementos: Indique todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales).	_____
_____	_____
¿Tiene alguna alergia? Si la respuesta es sí, por favor enumere todas sus alergias (por ejemplo, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican).	_____
_____	_____

Cuestionario de Salud del Paciente Versión 4 (PHQ-4)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? (Rodee la respuesta.)				
	En ningún momento	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparse ni controlar la preocupación	0	1	2	3
Poca motivación o placer al realizar actividades	0	1	2	3
Sentirse decaído, triste o sin esperanza	0	1	2	3
Una suma de ≥3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de detección.				

PREGUNTAS GENERALES (Justifica las respuestas "Sí" al final de este formulario. Marca las preguntas si no sabes la respuesta.)	Sí	No
1. ¿Hay algo que te preocupe y quieras comentar con tu profesional sanitario?		
2. ¿Alguna vez te han prohibido o limitado la participación en deportes por algún motivo?		
3. ¿Tienes algún problema médico actual o has estado enfermo/a recientemente?		
PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDÍACA	Sí	No
4. ¿Te has desmayado o casi desmayado alguna vez durante o después de hacer ejercicio?		
5. ¿Has sentido molestias, dolor, presión o tensión en el pecho mientras hacías ejercicio?		
6. ¿Tu corazón late muy rápido, notas palpitaciones o saltos (latidos irregulares) cuando haces ejercicio?		
7. ¿Algún médico te ha dicho alguna vez que tienes problemas de corazón?		
8. ¿Algún médico te ha solicitado alguna prueba cardíaca? Por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma.		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (CONTINUACIÓN)	Sí	No
9. ¿Te mareas o te falta el aire más que tus amigos al hacer ejercicio?		
10. ¿Has tenido alguna vez una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN EN TU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Algún familiar o pariente ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente de tráfico inexplicable)?		
12. ¿Alguien en tu familia tiene algún problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (QT largo), síndrome de QT corto (QT corto), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
13. ¿Algún familiar ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Considere añadir preguntas sobre temas más delicados.

- ¿Siente estrés o está bajo mucha presión?
- ¿En algún momento se ha sentido triste, sin esperanza, deprimido/a o ansioso/a?
- ¿Se siente seguro/a en su casa o lugar de residencia?
-

En los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco de mascar, rapé o dip?

- ¿Consumo alcohol o utiliza alguna otra sustancia?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o algún suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Ha tomado suplementos para ganar o perder peso, o para mejorar su rendimiento?
- ¿Utiliza cinturón de seguridad, casco y preservativos?

2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 4–13 del Formulario de Historial).

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
TA: / (/)	Pulso:	Visión: Ojo derecho 20/ Ojo izquierdo 20/ Corregida: ☐ Sí ☐ No
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none">• Rasgos de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none">• Pupilas iguales• Audición		
Nódulos linfáticos		
Corazón: <ul style="list-style-type: none">• Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino y con maniobra de Valsalva ±)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none">• Virus del herpes simple (VHS), lesiones que sugieren Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA) o tiña corporal		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos		
Funcional <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sentadilla con dos piernas, sentadilla con una pierna y prueba de salto de caja o de escalón		

• Considere realizar un electrocardiograma (ECG), una ecocardiografía, derivar al cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en el examen, o combinar estas opciones.

Nombre del profesional sanitario (en letra de imprenta o a máquina): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Firma

del profesional sanitario: _____, Médico, DO, NP o PA