

## II Evaluación Física Preparticipación

# FORMULARIO DE HISTORIA (Nota: Este formulario debe ser

completado por el paciente y sus padres antes de ver al médico..)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año de graduación: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Identificación del  
Estudiante: \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Deportes:

Deporte de otoño: \_\_\_\_\_

Deporte de invierno: \_\_\_\_\_

Deporte de primavera: \_\_\_\_\_

Medicamentos que está tomando actualmente (con receta y sin receta):

\_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente alguna alergia? (en caso afirmativo, enumérelas a continuación):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS (CONT.)		Sí	No
01. ¿Alguna vez le han negado o restringido la participación en deportes por algún motivo? (explicar)				39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?			
02. ¿Tiene alguna condición médica actual? (diabetes, asma, anemia, etc.)				40. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?			
03. ¿Alguna vez ha sido ingresado y ha pasado la noche en el hospital?				41. ¿Sufres calambres musculares frecuentes cuando haces ejercicio?			
04. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?				42. ¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?			
<b>PREGUNTAS SOBRE TI SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN</b>				43. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu visión?			
05. ¿Alguna vez se ha desmayado o estuvo a punto de desmayarse DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?				44. ¿Ha tenido alguna lesión en los ojos?			
06. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?				45. ¿Usas gafas o lentes de contacto?			
07. ¿Alguna vez su corazón se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?				46. ¿Usas gafas protectoras, como gafas protectoras o una careta?			
08. ¿Le ha dicho un médico que tiene algún problema cardíaco?				47. ¿Te preocupa tu peso?			
09. ¿Alguna vez su médico le ordenó una prueba para su corazón? (ECG, EKG, ecocardiograma)				48. ¿Estás tratando de ganar o perder peso?			
10. ¿Se siente mareado o le falta aire cuando hace ejercicio?				48a. ¿Alguien le ha recomendado que intente ganar o perder peso?			
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?				49. ¿Sigues una dieta especial o evitas cierto tipo de alimentos?			
12. ¿Se cansa más o le falta el aire más rápidamente que sus amigos durante el ejercicio?				50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?			
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN ACERCA DE SU FAMILIA</b>				51. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su médico?			
13. ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años?				<b>SOLO MUJERES</b>			
14. ¿Alguien en su familia tiene enfermedades del corazón? (miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de QT largo, etc.)				52. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?			
15. ¿Alguien en su familia tiene un marcapasos o un desfibrilador implantado?				53. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?			
16. ¿Alguien en su familia ha tenido desmayos, convulsiones o estuvo a punto de ahogarse sin explicación aparente?				54. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?			
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>				<b>PREGUNTAS DE SALUD MENTAL</b>			
17. ¿Ha tenido una lesión en un músculo, tendón, hueso o ligamento que le hizo perderse una práctica o un partido?				55. ¿Alguna vez ha buscado el consejo de un proveedor de atención de salud mental?			
18. ¿Alguna vez se ha roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?				56. ¿A menudo tienes problemas para dormir?			
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?				57. ¿Sientes a menudo que te falta energía?			
20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?				58. ¿Piensas a menudo en las cosas una y otra vez?			
21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o le han hecho una radiografía por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial?				59. ¿Tienes a culparte por todo lo malo que sucede?			
22. ¿Utiliza regularmente un aparato ortopédico, ortopédico u otro dispositivo de asistencia?				60. ¿Se siente de mal humor o irritable si falta a una sesión de ejercicio?			
23. ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular o articular que le moleste?				61. ¿Se siente ansiosa o nerviosa la mayor parte del tiempo?			
24. ¿Alguna de sus articulaciones le duele, se hincha, se siente caliente o se ve roja?				62. ¿Se siente usted a menudo triste o deprimido?			
25. ¿Tiene algún historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?				63. ¿Alguna vez te sientes desesperado por el futuro?			
<b>PREGUNTAS MÉDICAS</b>				64. ¿Alguna vez te ha resultado difícil gestionar tus emociones? (frustración, ira, impaciencia)			
26. ¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?				65. ¿Alguna vez ha tenido sentimientos de lastimarse a sí mismo o a otros?			
27. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma?				66. ¿Alguna vez has tenido pensamientos suicidas?			
28. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?				67. ¿Alguna vez te has enfermado porque estabas incómodamente lleno?			
29. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?				68. ¿Alguna vez has sentido que has perdido el control sobre cuánto comes?			
30. ¿Tiene dolor en la ingle o un bulto o hernia doloroso en el área de la ingle?				69. ¿Ha perdido recientemente más de 15 libras en un mes?			
31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?				70. ¿Alguna vez has considerado que el ejercicio es lo más importante de tu vida?			
32. ¿Tiene sarpullidos, llagas por presión u otros problemas de la piel?				71. SOLO MUJERES: ¿Ha tenido un ciclo menstrual perdido o ausente?			
33. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?				Por favor explique las respuestas Sí a continuación con el número correspondiente (Ej. 11. Convulsiones a los cinco años). Adjunte páginas adicionales si es necesario. _____ _____ _____			
34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?							
35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o golpe en la cabeza que le haya causado confusión, durante el tiempo necesario? ¿Dolor de cabeza o problemas de memoria?							
36. ¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?							
37. ¿Tienes dolores de cabeza con el ejercicio?							
38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?							

Nombre y número del seguro: \_\_\_\_\_

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

Firma del deportista: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_