

# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A PARTICIPAR

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario lo debe llenar el/la paciente y el padre de familia, con anterioridad a la cita con el médico. El médico debe ubicar este historial en el expediente médico.)

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

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicinas y alergias:** Por favor anota todas las medicinas con y sin receta médica, y los suplementos (herbales y alimenticios) que estés tomando en la actualidad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tienes alergias?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, identifica la alergia específica a continuación.  
 Medicinas  Polen  Alimentos  Picaduras de insecto.

**Explica tus respuestas afirmativas. Haz un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconozcas.**

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
1. ¿Alguna vez el médico ha negado o restringido tu participación en deportes por cualquier motivo?				26. ¿Toses, sibilas, o se te dificulta respirar al hacer una actividad física, o después de hacerla?			
2. ¿Tienes algún problema de salud en la actualidad? Si es así, por favor marca el que corresponda: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otros: _____				27. ¿Alguna vez has utilizado un inhalador, o tomado medicina para el asma?			
3. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital como paciente?				28. ¿Alguien de tu familia tiene asma?			
4. ¿Alguna vez has tenido una cirugía?				29. ¿Naciste sin un riñón, ojo, testículo (hombres), tu bazo o cualquier otro órgano, o te falta alguno?			
<b>PREGUNTAS SOBRE TU SALUD CARDIOVASCULAR</b>				<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE TU FAMILIA</b>			
5. ¿Alguna vez te has desmayado, o has estado a punto de desmayarte, al HACER una actividad física, o DESPUÉS de hacerla?				30. ¿Tienes dolor en la ingle, o un bulto doloroso o una hernia en el área de la ingle?			
6. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en tu pecho al hacer una actividad física?				31. ¿Has contraído mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?			
7. Al hacer una actividad física, ¿has sentido alguna vez que tu corazón se acelera, o tiene latidos irregulares?				32. ¿Tienes una erupción cutánea, llagas por presión u otro problema de la piel?			
8. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes problemas cardíacos? Si es así, marca todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otros: _____				33. ¿Has tenido una infección en la piel causada por herpes, o el estafilococo aureus resistente a la meticilina (conocida en inglés como MRSA)?			
9. ¿Alguna vez te ha pedido el médico que te hagan una prueba cardíaca? (Por ejemplo, un electrocardiograma [ECG/EKG], o un ecocardiograma)				34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?			
10. Al hacer una actividad física, ¿te sientes mareado(a), o se te dificulta respirar más de lo esperado?				35. ¿Alguna vez has recibido un golpe en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?			
11. ¿Alguna vez has tenido una convulsión que no se pueda explicar?				36. ¿Tienes un historial de un trastorno convulsivo?			
12. Al hacer una actividad física, ¿te cansas más que tus amigos, o con mayor rapidez que a ellos, se te dificulta respirar?				37. ¿Te duele la cabeza cuando realizas actividades físicas?			
<b>PREGUNTAS REFERENTES A HUESOS Y ARTICULACIONES</b>				<b>SOLO PARA MUJERES</b>			
17. ¿Alguna vez te has lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón que te haya impedido asistir a un entrenamiento o un partido?				38. ¿Después de golpearte o caerte, has sentido alguna vez adormecimiento, hormigueo o debilidad en tus brazos o piernas?			
18. ¿Alguna vez se te ha roto o fracturado un hueso, o dislocado una articulación?				39. ¿Después de golpearte o caerte, alguna vez no has podido mover tus brazos ni piernas?			
19. ¿Alguna vez has tenido una lesión que haya requerido que te tomen rayos x, una resonancia magnética, una tomografía computarizada, te apliquen inyecciones, recibas terapia, utilices un soporte ortopédico, yeso o muletas?				40. ¿Alguna vez te has enfermado al realizar una actividad física en el calor?			
20. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?				41. ¿Con frecuencia te dan calambres musculares al hacer una actividad física?			
21. ¿Alguna vez te han dicho que tienes inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxial, o te han tomado rayos x debido a esto? (Síndrome de Down o enanismo)				42. ¿Tú o alguien de tu familia tiene el rasgo de células falciformes, o la enfermedad?			
22. ¿Usas con regularidad un soporte ortopédico, plantilla u otro dispositivo de ayuda?				43. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu vista?			
23. ¿Tienes alguna lesión en un hueso, músculo o articulación que te moleste?				44. ¿Has sufrido alguna lesión en los ojos?			
24. ¿Tienes alguna articulación que te duela, esté inflamada, se sienta caliente al tocarla, o se vea rojiza?				45. ¿Usas gafas o lentes de contacto?			
25. ¿Tienes algún historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?				46. ¿Usas protectores para los ojos, tal como gafas o visores?			
				47. ¿Te preocupa tu peso?			
				48. ¿Estás tratando de ganar o perder peso, o alguien te lo recomendó?			
				49. ¿Estás siguiendo una dieta especial, o evitas ciertos tipos de alimentos?			
				50. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?			
				51. ¿Tienes alguna inquietud que desearías discutir con un médico?			
				52. ¿Has tenido alguna vez un ciclo menstrual?			
				53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer ciclo menstrual?			
				54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?			

**Explica a continuación tus respuestas afirmativas.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma de el/la deportista \_\_\_\_\_ Firma del padre de familia/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A PARTICIPAR

# EL DEPORTISTA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO ADICIONAL DE HISTORIAL MÉDICO

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

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad		
3. Clasificación (Si está disponible.)		
4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/lesión física, otro)		
5. Anota los deportes en los que te gustaría participar.		
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
6. ¿Utilizas regularmente un aparato ortopédico, un aparato o dispositivo de ayuda o una prótesis?		
7. ¿Utilizas un aparato ortopédico especial o un dispositivo de ayuda para hacer deportes?		
8. ¿Tienes alguna erupción cutánea, llagas por presión o algún otro problema de la piel?		
9. ¿Tienes una pérdida de audición? ¿Utilizas un audífono?		
10. ¿Tienes una discapacidad visual?		
11. ¿Utilizas algún dispositivo especial para el funcionamiento del intestino o de la vejiga?		
12. ¿Sientes ardor o malestar al orinar?		
13. ¿Has tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez te han diagnosticado con una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o con el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tienes espasticidad muscular?		
16. ¿Tienes convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicamentos?		

**A continuación, explica tus respuestas afirmativas.**

---



---



---



---



---

**Por favor indica si alguna vez has tenido lo siguiente:**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de la inestabilidad atlantoaxial mediante el uso de rayos x		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Bazo expandido		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el intestino.		
Dificultad para controlar la vejiga.		
Adormecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
Adormecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambio reciente en tu coordinación muscular		
Cambio reciente en tu habilidad para caminar.		
Espina bífida		
Alergia a látex		

**Explica enseguida tus respuestas afirmativas.**

---



---



---



---

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

Firma de el/la deportista \_\_\_\_\_ Firma del padre de familia/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

Spanish 04/17 – PSD TD

# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A PARTICIPAR

## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES DEL MÉDICO

1. Piensa en las siguientes preguntas adicionales, referentes a temas más delicados:

- ¿Te sientes estresado(a), o sometido(a) a mucha presión?
- ¿Alguna vez te has sentido triste, sin esperanza, deprimido(a) o con ansiedad?
- ¿Te sientes a salvo en tu hogar o tu residencia?
- ¿Alguna vez has probado cigarrillos, o los tipos de tabaco de mascar como rapé o *dip*?
- En los últimos 30 días, ¿has usado tabaco de mascar, rapé o *dip*?
- ¿Bebes alcohol o utilizas otras drogas?
- ¿Alguna vez has usado esteroides anabólicos, o algún otro suplemento para aumentar tu rendimiento físico?
- ¿Alguna vez has tomado suplementos para ayudarte a ganar o perder peso, o mejorar tu rendimiento físico?
- ¿Usas cinturón de seguridad, casco, y utilizas condones?

2. Sería aconsejable que revisaras las preguntas sobre los síntomas de problemas cardiovasculares (preguntas 5 al 14).

VALORACIÓN FÍSICA		
Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Presión arterial _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulso _____	Visión Ojo derecho: 20/ _____ Ojo izquierdo: 20/ _____ Con corrección <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VALORACIÓN MÉDICA	NORMAL	RESULTADOS ANORMALES
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoscoliosis, paladar arqueado, tórax excavado, aracnodactilia [dedos en forma de araña], distancia entre brazos estirados mayor que la estatura, hipertaxitud [mayor flexibilidad en articulaciones, músculos, cartílagos y tendones], miopía, prolapso valvular mitral [PVM], insuficiencia aórtica)		
Ojos/oídos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón <sup>a</sup> • Soplos cardiacos (auscultación de pie, acostado sobre su espalda, maniobra de Valsalva +/-) • Ubicación del punto de máximo impulso (PMI)		
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos		
Pulmones		
Abdomen		
Genitourinario (solo para hombres) <sup>b</sup>		
Piel • Herpes simple (VHS), lesiones que pudieran indicar infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilina (conocida en inglés como MRSA), dermatofitos o tiña		
Neurológico <sup>c</sup>		
OSTEOMUSCULAR		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos de la mano		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		
Funcional • Caminar como "pato", saltar en una sola pierna.		

<sup>a</sup>Considerar ECG, ecocardiograma, remitir a cardiología por razón de historial o examen cardíaco anormal.

<sup>b</sup>Considerar examen GU, si se encuentra en un entorno privado. Se recomienda la presencia de terceros.

<sup>c</sup> Si existe un historial de convulsiones significativas, tener como punto de referencia una evaluación cognitiva o un examen neuro psiquiátrico.

- Se le autoriza, sin restricción alguna, su participación en todos los deportes.
- Se le autoriza, sin restricción alguna, su participación en todos los deportes, con recomendación para recibir evaluaciones adicionales o tratamiento para \_\_\_\_\_

- No se le autoriza su participación.
- Faltan evaluaciones adicionales
- En ningún deporte
- En ciertos deportes \_\_\_\_\_
- Razón \_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_

Examiné a el/la estudiante que se menciona en la parte superior, y llené el formulario de evaluación física previa a participar en deportes. El/La deportista no presenta contraindicaciones clínicas para asistir a entrenamientos y participar en los deportes que se enumeran anteriormente. Tengo una copia del examen físico en los archivos de mi oficina, y puede estar disponible a la escuela en el momento en que el padre de familia lo solicite. Si se presentan problemas, después de que al deportista se le haya autorizado su participación, el médico puede revocar su aprobación hasta que el problema se resuelva, y las posibles consecuencias se le expliquen en su totalidad a el/la deportista (y padre de familia/tutor legal).

Nombre del médico (Escribir en letra de imprenta o usar el teclado) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A PARTICIPAR

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

- Se le autoriza, sin restricción alguna, participar en todos los deportes.
- Se le autoriza, sin restricción alguna, participar en todos los deportes, con la recomendación de que se le hagan evaluaciones adicionales o tratamientos para \_\_\_\_\_

- No se le autoriza la participación.
- Faltan evaluaciones adicionales.
  - En ningún deporte
  - En ciertos deportes \_\_\_\_\_
- Razón \_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examiné a el/la estudiante que se menciona en la parte superior, y llené el formulario de evaluación física previa a su participación en deportes. El/La deportista no presenta contraindicaciones clínicas para asistir a entrenamientos y participar en los deportes que se enumeran anteriormente. Tengo una copia del examen físico en los archivos de mi oficina, y puede estar a disposición de la escuela en el momento en que el padre de familia lo solicite. Si se presentan problemas, después de que al deportista se le haya autorizado su participación, el médico puede revocar su aprobación, hasta que el problema se resuelva, y las posibles consecuencias se le expliquen en su totalidad a el/la deportista (y padre de familia/tutor legal).**

Nombre del médico (Escribir en letra de imprenta o usar el teclado.) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_, MD o DO

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Alergias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otra información \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_