

# ■ ■ Evaluación Física Previa a la Participación FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

(Nota: Este formulario se debe llenar por el paciente y el padre / la madre antes de consultar al médico. El médico debe guardar este formulario en el registro médico.)

Fecha de examen \_\_\_\_\_

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

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

**Medicamentos y alergias:** Favor de enumerar todos los medicamentos con receta o sin receta y suplementos (herbales y nutricionales) que está tomando actualmente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna alergia?**    Sí    No   Si respondió sí, favor de identificar la alergia específica abajo.

Medicamentos                               Polen     Alimentos     Picaduras de insectos

**Explique las respuestas "Sí" a continuación. Encierre en un círculo las preguntas para las que no conoce las respuestas.**

PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO	PREGUNTAS MÉDICAS	SÍ	NO
1. ¿Alguna vez su médico le ha prohibido o restringido su participación en deportes por algún motivo?			26. ¿Sufre de tos, sibilancias (resuellos), o dificultad para respirar durante y después de hacer ejercicio?		
2. ¿Tiene alguna afección médica persistente? Si es así, favor de identificar a continuación <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones   Otra: _____			27. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado medicamento para el asma?		
3. ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?			28. ¿Alguien en su familia sufre de asma?		
4. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?			29. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), su bazo, o cualquier otro órgano?		
<b>PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	30. ¿Sufre de dolor o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona de la ingle?		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?			31. ¿Ha sufrido de mononucleosis infecciosa (mono) durante el mes pasado?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestia, dolor, opresión o presión en su pecho durante el ejercicio?			32. ¿Sufre de erupciones cutáneas, úlceras por presión u otro problema de la piel?		
7. ¿Su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			33. ¿Ha sufrido de una infección cutánea por herpes o estafilococo aureus meticilino-resistente (MRSA)?		
8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otra: _____			34. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una contusión?		
9. ¿Alguna vez un doctor le ha pedido una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			35. ¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza que le causara confusión, dolores de cabeza persistentes o problemas de memoria?		
10. ¿Se siente mareado o le falta el aliento más de lo esperado cuando hace ejercicio?			36. ¿Tiene antecedentes de trastorno de convulsiones?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?			37. ¿Sufre de dolores de cabeza al hacer ejercicio?		
12. ¿Se siente más cansado o le falta el aliento más rápido que a sus compañeros durante el ejercicio?			38. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de recibir un golpe o de una caída?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	39. ¿Alguna vez no ha podido mover sus brazos o piernas después de recibir un golpe o de una caída?		
13. ¿Algún miembro de su familia o pariente falleció por problemas cardíacos o tuvo una muerte repentina inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluyendo el ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable, o el síndrome de muerte infantil súbita)?			40. ¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
14. ¿Alguien en su familia sufre miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo, síndrome del QT breve, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			41. ¿Sufre de calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, un marcapasos, o un desfibrilador implantado?			42. ¿Usted o alguien en su familia sufre de la enfermedad o rasgos de anemia falciforme?		
16. ¿Alguien en su familia ha sufrido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?			43. ¿Ha tenido problemas con sus ojos o de visión?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES (COYUNTURAS)</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	44. ¿Ha sufrido lesiones oculares?		
17. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión a un hueso, músculo, ligamento o tendón que ocasionó que perdiera una práctica o un juego?			45. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
18. ¿Alguna vez ha sufrido fracturas o quebraduras de huesos o se ha dislocado coyunturas?			46. ¿Usa protectores oculares, como gafas o caretas?		
19. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión que necesitara radiografías, imágenes por resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso, o muletas?			47. ¿Se preocupa por su peso?		
20. ¿Alguna vez ha sufrido una fractura por esfuerzo?			48. ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que suba o baje de peso?		
21. ¿Alguna vez se le informó que o sabe si lo sometieron a radiografías por inestabilidad del cuello o por inestabilidad atlantoaxoidea? (Síndrome de Down o enanismo)			49. ¿Está siguiendo alguna dieta o evita ciertos tipos de alimentos?		
22. ¿Usa regularmente aparatos ortopédicos u ortodoncia, u otros dispositivos de ayuda?			50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
23. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo o coyuntura que le causa molestia?			51. ¿Tiene alguna preocupación sobre la que le gustaría platicar con su doctor?		
24. ¿Algunas de sus coyunturas le causan dolor, se hinchan, se sienten calientes o se ven rojas?			<b>SOLAMENTE MUJERES</b>		
25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedades del tejido conectivo?			52. ¿Ya se ha presentado su periodo menstrual?		
			53. ¿Cuántos años tenía cuando se presentó su primera regla?		
			54. ¿Cuántas reglas ha tenido en los últimos 12 meses?		
			<b>Explique las respuestas "Sí" aquí</b>		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		
			_____		

**Por medio de la presente hago constar que, a mi leal saber, mis respuestas a las preguntas que anteceden están completas y correctas.**

Firma del atleta \_\_\_\_\_ Firma del padre / madre / tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# ■ ■ Preparticipation Physical Evaluation PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes / ears / nose / throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) <sup>b</sup>		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic <sup>c</sup>		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.

<sup>b</sup> Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.

<sup>c</sup> Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction  
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for \_\_\_\_\_

- Not cleared  
 Pending further evaluation  
 For any sports  
 For certain sports \_\_\_\_\_  
 Reason \_\_\_\_\_

Recommendations \_\_\_\_\_

**I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).**

Name of physician (print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of physician \_\_\_\_\_, MD or DO