

# Evaluación Física – Pre-Participación

**FORMULARIO DE HISTORIAL**

Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deportes(s) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Medico Personal \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, comunicarse con:  
 Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono(s) \_\_\_\_\_ Celular/trabajo \_\_\_\_\_

**Explique las respuestas que marque son "SI" en la parte de abajo. Circule las preguntas que no sepa.**

- |   |                          |                          |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
| 1. ¿Alguna vez el médico le ha negado o restringido la participación en deportes por alguna razón?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. ¿Tose, resuella, o respira con dificultad durante o después de hacer ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alguna condición médica continua (como diabetes o asma)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. ¿Alguien en su familia tiene asma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está tomando medicamento o pastillas recetadas o sin receta?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. ¿Alguna vez ha tenido que usar inhalador o medicamento para asma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene alergias a medicina, polen, alimentos, o piquetes de insecto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. ¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o algún otro órgano?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE el ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) dentro del mes pasado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DESPUÉS del ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. ¿Ha tenido alguna erupción cutánea, úlceras por presión, o problemas de la piel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez ha tenido molestia, dolor, o presión en el pecho mientras hace ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. ¿Ha tenido una infección de la piel por herpes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se le acelera el corazón o tiene latidos irregulares durante el ejercicio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza o contusión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Alguna vez el médico le ha dicho que usted tiene (marque todo lo que aplica)<br><input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Sople en el corazón<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón |                          |                          | 32. ¿Alguna vez ha recibido un golpe en la cabeza y ha estado confundido o perdió la memoria?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Alguna vez el doctor le ha ordenado alguna prueba para su corazón? Por ejemplo : ECG, ecocardiograma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. ¿Alguna vez le ha dado un ataque?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Algún familiar murió sin razón aparente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. ¿Le duele la cabeza con el ejercicio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene alguien de su familia problema de corazón?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. ¿Ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o pierdan después de golpearse o caerse?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Algún familiar murió de problemas cardiacos o muerte súbita antes de los 50 años?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. ¿Ha dejado de mover los brazos o piernas después de un golpe o caída?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguien de su familia tiene el síndrome Marfan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. ¿Cuándo hace ejercicio en el calor, tiene calambres musculares severos o se enferma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha pasado usted la noche en un hospital?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. ¿El médico le ha dicho si usted o alguien de su familia tiene riesgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. ¿Ha tenido problemas de la vista o de los ojos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha tenido lastimaduras, esquince muscular o ligamentos o tendinitis que cause que falte a una práctica? Circule abajo:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. ¿Usa lentes o lentes de contacto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se ha roto o fracturado o dislocado articulaciones? Circule abajo:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. ¿Usa lentes de protección tales como gafas protectoras o protector facial?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido una lesión de hueso o articulación que requiera radiografía, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, artesas, yeso o muletas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. ¿Está contento con su peso?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 43. ¿Está tratando de subir o bajar de peso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 44. ¿Alguien le ha recomendado cambiar su peso o hábitos alimenticios?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 45. ¿Se limita o controla cuidadosamente lo que come?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 46. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría conversar con su médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | SOLO MUJERES  |                          |                          |
|   |                          |                          | 47. ¿Ha tenido su periodo menstrual?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 48. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?  | _____                    | _____                    |
|   |                          |                          | 49. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses? Explique aquí sus respuestas "SI" _____  | _____                    | _____                    |

Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo superior	Codo	Antebrazo	Mano/dedos	Pecho
Espalda superior	Espalda inferior	Cadera	Muslo	Rodilla	Espinilla	Tobillo	Pie/dedos

Por la presente declaro que, a mi mejor conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del Atleta \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

GRADO ENTRANTE: \_\_\_\_\_

# Preparticipation Physical Evaluation

## PHYSICAL EXAMINATION

Name _____		Date of birth _____	
Height _____	Weight _____	% Body fat (optional) _____	Pulse _____ BP _____/_____(____/____/____)
Vision R 20/ _____	L 20/ _____	Corrected: Y N	Pupils: Equal _____ Unequal _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
<b>MEDICAL</b>			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip (high)			
Knee			
Leg/ankle			
Foot			

\*Station-based examination only

### CLEARANCE

- Cleared
- Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_

Not cleared for: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Recommendations: \_\_\_\_\_

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

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

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

© 1997 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.