

Evaluación Física Pre-Participación

Fecha del Examen _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nac. _____

Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Médico Personal: _____

Contacto de emergencia: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Explique las preguntas que dijo "Sí"
Encierre en círculo las preguntas "No sé"

		Sí	No			Sí	No
1.	¿Alguna vez un doctor restringió tu participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	¿Alguien en tu familia tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ahora tienes algún problema médico (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	¿Has usado un inhalador, o tomado medicina para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Estás tomando medicinas recetadas, o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	¿Naciste o te falta un riñón, ojo, testículo, o algún otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tienes alergias a medicinas, polen, comida, o piquetes de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	¿Has tenido infección de mononucleosis (mono) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Te has desmayado, o casi, DURANTE los ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.	¿Tienes sarpullido, llagas, u otro tipo de problema cutáneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Te has desmayado, o casi, DESPUÉS de los ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.	¿Has tenido infección cutánea herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Has sentido incomodidad, dolor, o presión en el pecho durante los ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.	¿Has sufrido lesión o golpes en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Tu corazón se acelera o da saltos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	¿Un golpe en la cabeza te provocó confusión o pérdida de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Te dijo el doctor que tenías: (Marca las que correspondan)			33.	¿Has sufrido un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Soplos en el corazón			34.	¿Te duele la cabeza cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Infección en el corazón			35.	¿Has sentido en brazo o piernas que se te duermen, te hormiguean, o están débiles después de ser golpeado o caerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Te han ordenado un examen de corazón? (Electrocardiograma, Ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	¿Has sido incapaz de mover tus brazos o piernas luego de ser golpeado o caerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Alguien de tu familia murió sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.	¿Cuándo ejercitas bajo el sol, sientes calambres o te sientes mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguien de tu familia tiene problemas de corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.	¿El doctor te dijo que tú o alguien en tu familia tiene anemia hereditaria llamada "sickle cell"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguien de tu familia o pariente murió del corazón, o de repente antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39.	¿Has tenido problemas con tus ojos o vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Alguien de tu familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40.	¿Usas lentes o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Has pasado una noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41.	¿Usas protección de la vista como goggles o una máscara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Te han hecho cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42.	¿Estás contento con tu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Has tenido una lesión, como esguince, desgarre de ligamento, tendinitis, que impidiera practicar o jugar? (Marca cuál en los cuadros de abajo)				43.	¿Estás tratando de ganar o perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Te has roto un hueso o dislocado alguna articulación? (Marca cuál en los cuadros de abajo)				44.	¿Alguien te ha recomendado que cambies tu peso o hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Te han tomado rayos-X, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, usado soportes, yeso, o muletas? (Marca cuál en estos cuadros)				45.	¿Limitas o controlas cuidadosamente lo que comes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca-beza	cuello	Hom-bro	Brazo supe-rior	codó	Ante-brazo	Mano dedos	pecho
Es-palda alta	Es-palda baja	Ca-dera	muslo	Ro-dilla	Pier-na	Tobi-llo	Pie-dedos
20.	¿Has tenido una fractura por ansiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.	¿Quisieras discutir algo con un doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	¿Te tomaron rayos-X por inestabilidad atlantoaxial (de cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARA MUJERES SOLAMENTE			
22.	¿Regularmente usas algún tipo de soporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.	¿Has tenido algún período mensual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿Tu doctor dijo que tienes asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.	¿A qué edad empezaste a menstruar?	_____	_____
24.	¿Toses, jadeas, o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49.	¿Cuántos períodos tuviste durante los últimos 12 meses?	_____	_____

Explica las contestaciones "Sí" aquí:

Por este medio, certifico que hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas mencionadas están completas y correctas.
 Firma del atleta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

FORMA DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ % de Grasa Corporal (opcional): _____ Pulso _____ BP ____/____ (____/____, ____/____)

Vista Der.20/____ Iz. 20/____ Corregida: Sí____ No____ Pupilas Iguales: _____ Desiguales: _____

Seguimiento sobre Aspectos más Importantes

- | | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿ Te sientes agobiado o bajo mucha presión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿A veces te sientes tan triste o desesperanzado que dejas de hacer alguna de tus actividades normales durante más de unos cuantos días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Te sientes seguro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Has tratado de fumar, aún una o dos fumadas? ¿Estás fumando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Durante los últimos 30 días, mascaste tabaco, <i>snuff</i> (inhalar) o <i>dip</i> (colocar en bolsita en la encía)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Durante los últimos 30 días, bebiste cuando menos un trago de licor, cerveza, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Has tomado alguna vez píldoras de esteroides, o inyecciones sin receta médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Has tomado alguna vez suplementos para ayudarte a subir o bajar de peso o mejorar tu rendimiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTAS: _____

	NORMAL	ANORMALIDADES ENCONTRADAS*	INICIALES*
MÉDICA			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Oído			
Módulos linfáticos			
Corazón			
Soplos cardíacos			
Pulso			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario (sólo hombres)**			
Piel			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano/dedos			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie/dedos			

* Sólo practicado por múltiples examinadores.

** Para hacer el examen genitourinario se recomienda que haya una tercera persona presente.

NOTAS: _____

Participación en los Deportes: Aprobada:____ Condicional:____ Negada:____

Nombre del Médico (con letras de molde): _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Médico: _____, MD, DO, ND, NP, O PA

JPA 24/Spanish, Página 2

Copias: Blanca:Padres

Amarilla: Oficina del Distrito

Rosa: Director de Atletismo