

Evaluación física previa a la participación
FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

EXAMEN FÍSICO			
Altura:	Peso:	Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X
Presión sanguínea:	Pulso:	Visión: R 20/	L 20/ Corregido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CENTRAL			
Aspecto			
Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar en arco, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura>altura, hiperlaxitud, miopía, MVP, insuficiencia aórtica) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
-Pupilas isocóricas	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
-Audición	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Corazón			
-Soplos (auscultación de pie, en decúbito supino, +/- Valsalva)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
-Localización del punto de impulso máximo (PM)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Pulsos - Pulsos femorales y radiales simultáneos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Pulmones	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Piel - HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
ÓSEOMUSCULAR			
Cuello	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Espalda	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Hombro/Brazo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Codo/Antebrazo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Muñeca/Mano/Dedos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Cadera/Muslo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Rodilla	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Pierna/Tobillo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Pie/Dedos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	
Funcional - Caminata de pato, salto en una pierna	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	

Autorizado para todos los deportes sin restricciones.

Participación limitada (describa las limitaciones): _____

No autorizado

Motivo: _____

Recomendaciones: _____

Examiné al estudiante deportista arriba mencionado y completé la evaluación física previa a la participación. El estudiante deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte o deportes arriba indicado(s). Una copia del examen físico está registrada y queda disponible a petición de los padres/tutores. Si surgen condiciones después de que el estudiante deportista ha sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las posibles consecuencias se expliquen completamente al estudiante deportista y sus padres o tutores.

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____ Fecha del examen físico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____, MD o DO