

Evaluación física previa a la participación
FORMULARIO DE HISTORIAL FÍSICO

Nombre Legal Completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____:

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Edad:** _____ **Identidad de género:** Femenino Masculino X

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Enumere todos los medicamentos con receta, incluidos los anticonceptivos, los de venta libre y los suplementos (herbarios y nutricionales) que toma actualmente de forma regular. _____

¿Tiene alguna alergia? No Sí En caso afirmativo, identifique: Medicamentos Polen Comida Insectos urticantes

PREGUNTAS DE SALUD SOBRE SU FAMILIA. Rodee con un círculo las preguntas para las que no sepa respuesta.

¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años? No Sí

¿Alguien de su familia tiene algún problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado? No Sí

¿Ha tenido desmayos o convulsiones inexplicables? No Sí

PREGUNTAS DE SALUD SOBRE USTED. Rodee con un círculo las preguntas para las que no sepa respuesta.

¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido la práctica de algún deporte por algún motivo? No Sí

¿Padece alguna enfermedad? No Sí

En caso afirmativo, identifique:

Asma Anemia Diabetes Infecciones Alergias potencialmente mortales Otra: _____

¿Se ha operado alguna vez? No Sí

¿Alguna vez se ha desmayado o estuvo a punto de hacerlo DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio? No Sí

¿Ha tenido alguna vez molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio? No Sí

¿Su corazón se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio? No Sí

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene (marque todo lo que corresponda):

Hipertensión arterial Soplo cardíaco Colesterol alto Infección cardíaca Enfermedad de Kawasaki

Otra: _____ No Sí

¿Ha tenido alguna vez una convulsión inexplicable o un trastorno convulsivo? No Sí

¿Tose, tiene silbidos o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? No Sí

¿Nació sin o le falta un riñón, ojo, testículo, bazo o cualquier otro órgano? No Sí

¿Usted o alguien de su familia padece asma? No Sí

¿Le duele la cabeza cuando hace ejercicio? No Sí

¿Tiene dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal? No Sí

¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes? No Sí

¿Tiene sarpullidos, úlceras por presión u otros problemas cutáneos? No Sí

¿Ha sufrido alguna vez un traumatismo craneal o una conmoción cerebral? No Sí

¿Ha sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?

No Sí

¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras un golpe o una caída? No Sí

¿Ha tenido alguna lesión ocular o lleva anteojos o lentes de contacto? No Sí

¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo o debilidad en brazos o piernas tras sufrir un golpe o una caída? No Sí

¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos? No Sí

¿Se ha enfermado alguna vez mientras hacía ejercicio con calor? No Sí

¿Tiene problemas menstruales? No Sí

¿Sufre frecuentes calambres musculares al hacer ejercicio? No Sí

¿Le han hecho alguna vez pruebas de anemia o la padece? No Sí

¿Ha tenido alguna vez una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido? No Sí

¿Ha tenido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un collarín, un yeso o muletas? No Sí

¿Le han dicho alguna vez que tiene o padece inestabilidad cervical o atlantoaxial? (Síndrome de Down o Enanismo) No Sí

¿Utiliza habitualmente un aparato ortopédico u otro dispositivo de ayuda? No Sí

¿Tiene alguna lesión ósea, muscular o articular que le moleste? No Sí

¿Le duelen o se le hinchan las articulaciones, las tiene calientes o enrojecidas? No Sí

¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conjuntivo? No Sí

Explique las respuestas afirmativas aquí o en el reverso de este formulario. _____

Declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Nombre del estudiante deportista: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____