

FORMULARIO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA PARA EL DEPORTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID del estudiante: _____

Deportes: _____ Escuela: _____ Grado: ____ Masculino Femenino

EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CONTINUACIÓN, MARQUE CON UN CÍRCULO LAS PREGUNTAS QUE NO ENTIENDA

		Sí	No	RIESGO INFECCIÓN:		Sí	No
1.	¿Alguna vez un médico negó o restringió su participación en una actividad deportiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	¿Tiene antecedentes recurrentes o persistentes de erupciones, úlceras por presión, herpes u otras infecciones de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alguna enfermedad (asma/diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	¿Alguna vez se le diagnosticó o se trató por una infección de estafilococo aureus resistente a la metilicina (MRSA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO CARDÍACO:				3.	¿Antecedentes de Mono (EBV) en las últimas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	¿Algún familiar falleció de súbitamente antes de los 50 años por una enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	¿Antecedentes de fiebre recurrente sin justificación o tos crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Usted o algún familiar tiene antecedentes de: a. enfermedades cardíacas como cardiomiopatía hipertrófica? b. arritmia, latido irregular, marcapasos WPW (Wolf Parkinson White), síndrome de QT largo u otro problema cardíaco? c. síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	¿Usted o alguno de los miembros de su hogar tiene antecedentes de tuberculosis o PPD positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Su corazón se acelera o se saltan latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	¿Antecedentes de hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez sufrió de dolores en el pecho mientras hacía ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	¿Antecedentes de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez se desvaneció o casi se desvaneció mientras o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIESGO ORTOPÉDICO:			
6.	¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	¿Se quebró un hueso alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Tiene antecedentes de soplos cardíacos (con excepción de soplos inofensivos) u otro problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	¿Antecedentes de lesión de cuello o espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Antecedentes de mareos inexplicables durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	¿Antecedentes de dolor crónico de espalda o cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Alguna vez se realizó un ECG o electrocardiograma de su corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	¿Antecedentes de lesión de tobillo, rodilla o cadera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Antecedentes de enfermedades cardíacas congénitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	¿Antecedentes de lesión de muñeca, hombro o codo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Antecedentes de inflamación del corazón o enfermedad de Kawasaki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	¿Tiene alguna extremidad artificial o dispositivo protésico (dentadura postiza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO RESPIRATORIO:				OTRAS PREGUNTAS RELEVANTES:			
1.	¿Antecedentes de tos, silbidos o dificultad para respirar mientras o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	¿Toma alguna medicación o pastillas con o sin prescripción (de venta libre) médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicación para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	¿Toma suplementos o medicamentos para aumentar o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Tiene antecedentes de alergias graves al polen, picaduras de insectos, alimentos o hierbas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	¿Toma alguna medicación o suplementos para aumentar su fuerza o mejorar su rendimiento deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez le dijo un doctor que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	¿Está intentando aumentar o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Antecedentes de costillas rotas en las últimas seis semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	¿Nació sin o le falta un riñón, ojo, (si es hombre, testículo), (si es mujer, ovario) u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO NEUROLÓGICO:				6.	¿Antecedentes de trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	¿Antecedentes de lesión o traumatismo en la cabeza o en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	¿Antecedentes de calambres musculares agudos o de sentirse muy enfermo al hacer en ejercicio cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tuvo alguna vez amnesia o pérdida de memoria después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	¿Antecedentes de cirugías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez sintió entumecimiento, hormigueo o debilidad en sus brazos o piernas después de un golpe o caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.	¿Antecedentes de hígado o bazo agrandado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Antecedentes de ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	¿Antecedentes de enfermedad/fenotipo de células falciformes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Antecedentes de dolores de cabeza al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	¿Antecedentes de hipoglucemia (bajo azúcar en sangre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Tiene antecedentes de problemas con los ojos o de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	¿Presenta algún cambio desde su última aptitud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Usa lentes o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUJERES MAYORES DE 16 (OPCIONAL):			
8.	¿Antecedentes de inestabilidad del cuello (por ejemplo, Inestabilidad Atlantoaxial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	¿Alguna vez le ha faltado el período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				2.	¿Alguna vez le ha faltado el período durante más de 90 días en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS AQUÍ:			

Por la presente declaro, según mi leal saber y entender, que mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta: _____ Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO ESCOLAR DE APTITUD FÍSICA PARA EL DEPORTE

Otorgo permiso para entregar la información siguiente al personal de la escuela.

Firma del padre/madre/tutor: _____

NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **ID del estudiante:** _____

Deportes: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____

Contacto de emergencia: _____ **Celular:** _____ **Teléfono del hogar:** _____

ALERGIAS: _____ **MEDICACIONES:** _____

Fecha del examen: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____ **BMI (índice de masa corporal):** _____ **Pulso:** _____

Presión arterial: ____ / ____

AUDICIÓN: Aprobado der/izq ≤25dcbIs (todas las frecuencias)
 No aprobado _____ No realizado

Visión: D 20/____ I 20/____ Ambos 20/____ Corregido: S N
 U/A: Normal _____

VACUNAS OBLIGATORIAS: Sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, Polio, tétanos, tos ferina y varicela.

Al día (consultar certificado de vacunación adjunto) Vencido, vacunas necesarias: _____
 Evaluación de traumatismo de referencia

MÉDICA:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia general		
Cabeza ojos/oídos/nariz/garganta		
Cuello		
Aparato respiratorio		
Corazón		
Pulsos		
Abdomen		
Piel		
Neurológico		
Nódulo linfático		
Tracto genitourinario (solo hombres)		

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Espalda (incluye examen de escoliosis)		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Pie/dedos del pie		

Evaluación/plan: _____

SELLO DE LA OFICINA:

Válido para todos los deportes sin restricciones
 No válido para: Todos los deportes Ciertos deportes: _____
Motivo: _____

Derivado porque requiere más evaluación (consultar las recomendaciones a continuación):
 Válido con restricciones (consultar las recomendaciones a continuación):

Recomendaciones: _____

Nombre del médico (en imprenta): _____ **dirección:** _____ **Teléfono:** _____

Firma del médico: _____, **M.D., D.O. o N.P.** **Fecha:** _____

