

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN – HISTORIAL MÉDICO

Los padres (o tutores legales) y el estudiante deben llenar este HISTORIAL MÉDICO **cada año** para que el estudiante pueda participar en las actividades deportivas. Estas preguntas nos ayudarán a determinar si el estudiante ha desarrollado algún padecimiento que lo pondría en peligro en algún evento deportivo.

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nac. _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
 Grado _____ Escuela _____
 Médico _____ Teléfono _____
En caso de emergencia podemos comunicarnos con:
 Nombre _____ Relación _____ Tel. casa _____ Tel. móvil _____

Si respondió "sí", explique más abajo. Ponga en un círculo las respuestas que no sabe. Ident. Estudiante # _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión desde tu último examen físico?			13. ¿Alguna vez te ha faltado el aliento inesperadamente al hacer ejercicio?		
2. ¿Has sido hospitalizado este último año?			¿Padeces asma?		
¿Has tenido alguna cirugía?					te ha roto o fracturado

¿Alguna vez tu corazón ha latido muy rápido o se salta latidos?			¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón de los músculos, tendones, huesos o articulaciones?		
¿Has tenido colesterol alto o presión alta?			De ser así, marca lo apropiado y explica más abajo		
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?			Cabeza	Codo	Cadera
¿Algún familiar ha muerto por problemas cardíacos o de muerte repentina antes de los 50 años?			Cuello	Antebrazo	Muslo
¿Algún familiar ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón (cardiomiopatía dilatada), cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de prolongación del intervalo IQ u otra canalopatía de los iones (síndrome de Brugada, etc.), síndrome de Marfan, o con ritmo cardíaco anormal?			Espalda	Muñeca	Rodilla
¿Has tenido una infección viral seria (como miocarditis o mononucleosis) en el último mes?			Pecho	Mano	Pantorrilla/espinilla
¿Algún médico ha restringido o prohibido tu participación en los deportes debido a problemas cardíacos?			Hombro	Dedo	Tobillo
4. ¿Alguna vez has tenido una contusión o herida en la cabeza?			Brazo superior	Pie	
¿Alguna vez has perdido el conocimiento, estado inconsciente o perdido la memoria?			16. ¿Quieres subir o bajar de peso?		
De ser así, ¿cuántas veces? _____			17. ¿Estas estresado ahora?		
¿Cuándo tuviste tu última contusión? _____			18. ¿Te han diagnosticado o has recibido tratamiento para células falciformes o padecimiento celular?		
¿Qué tan severas fueron? Explica en el espacio más abajo			Para mujeres:		
¿Alguna vez has tenido una convulsión?			19. ¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual? _____		
¿Tienes dolores de cabeza fuerte o frecuente?			¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente? _____		
¿Alguna vez se te han adormecido o sentido			Generalmente, cuántos días pasas entre periodos menstruales _____		
			¿Cuántos periodos menstruales has tenido en el último año? _____		
			En el último año, ¿cuál es el máximo de días entre un periodo menstrual y otro? _____		

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nac. _____

Altura _____ Peso _____ Grasa corporal % _____ Pulso _____ BP ____/____ (____/____/____/____)
Presión arterial mientras está sentado

Visión: R 20/ _____ L 20/ _____ Corregido: Sí No Pupilas: **EVALUACIÓN**