

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO - VÁLIDO POR 2 AÑOS

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Recordatorios del médico:			
1. Considerar preguntas adicionales sobre temas más sensibles.		• Bebes alcohol o usas alguna otra droga?	
• Te sientes estresado o bajo mucha presión?		• Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	
• Alguna vez te sientes triste, desesperado, deprimido o ansioso?		• Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento?	
• Te sientes seguro en tu casa o residencia?		• Usa el cinturón de seguridad, usa casco y condones?	
• Alguna vez ha probado cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco o salsa?			
• Durante los últimos 30 días, usó tabaco de mascar, tabaco o salsa?			
1. Considere revisar las preguntas sobre los síntomas cardiovasculares (Preguntas 4-13 del Formulario de historial).			
EXAMEN			
Altura:	Peso:		
BP: / (/)	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/	Correcto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Apariencia			
• Síndrome de Marfan estigmas (cifoesciosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, hyperlaxity, la miopía, prolapso de la válvula mitral (MVP) y la insuficiencia aórtica)			
Ojos, oídos, nariz y gargantaPupils equal			
• Audiencia			
Los Ganglios Linfáticos			
Coraz*			
• Soplos (auscultación de pie, supina de auscultación y maniobra + / - Valsalva)			
Pulmón			
Abdomen			
Piel			
• Herpes simplex virus (HSV), lesiones indicativas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA) o tinea corporis			
Neurológicas			
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	
Cuello			
Volver			
Hombro y brazo			
Codo y antebrazo			
Muñeca, mano y dedos			
Cadera y muslo			
Rodilla			
Pierna y tobillo			
Pies y dedos de los pies			
Funcional			
• Test de postura en cuclillas de doble pata, test de postura en cuclillas de una sola pierna y test de gota en la Caja o gota en el paso			
* Considere la posibilidad de electrocardiografía (ECG), ecocardiograma, la derivación a cardiología para cardíaco anormal de la historia o de los resultados del examen, o una combinación de estos.			
<input type="checkbox"/> Sexual para todos los deportes sin restricción durante dos (2) años.			
<input type="checkbox"/> Sexual para todos los deportes sin restricción por dos (2) años <u>con recomendación para la evaluación adicional o el tratamiento para:</u>			
<input type="checkbox"/> Desactivada para todos los deportes, sin restricción por menos de dos (2) años. <u>Especificar los motivos y la duración de la aprobación de abajo:</u>			
<input type="checkbox"/> No Sexualmente.			
<input type="checkbox"/> Pendiente de evaluación		<input type="checkbox"/> Para cualquier deporte	
		<input type="checkbox"/> Para ciertos deportes (por favor haga una lista):	
Motivo:			
Recomendaciones/Observaciones:			
He examinado al estudiante mencionado y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el deporte(s) como se ha indicado anteriormente. Una copia del examen físico está registrada en mi oficina y puede ser puesta a disposición de la escuela a petición de los padres. Si las condiciones surgen después de que el atleta ha sido sexualmente para la participación, el médico puede rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las consecuencias potenciales se explican completamente al atleta (y a los padres/tutores).			
Nombre del profesional sanitario (tipo/impresión):		Fecha de Expedición:	
Dirección:		Teléfono:	
Firma del profesional de la salud (MD/DO/ARNP/PA/Quiropráctico):			

Este examen físico es válido por un periodo de 2 años a menos que el médico indique lo rec en el campo de las " Recomendaciones " mencionado anteriormente.

HISTORIAL MEDICO

Nota: Complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de su cita. El médico debe guardar una copia de este formulario en la tabla para sus registros.

Nota: Una lesión o condición médica resulta en una liberación médica separada.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Fecha de examinación:

Sexo asignado al nacimiento (F, M o intersexual):

¿Cómo identificas tu género? (F, M u otro):

Lista de condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores:

Medicamentos y suplementos: enumere todas las recetas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican):

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE VERSION 4 (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas (respuesta en círculo)?

	De Ningun Modo	Varios Dias	Mas de la Mitad de los Dias	Casi todos los Dias
Sintiéndose nervioso, ansioso o en el borde	0	1	2	3
No poder parar o controlar preocuparse:	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas:	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza:	0	1	2	3

Una suma de ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescala (preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4) para propósitos de evaluación.

Explique las respuestas de "Sí" al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES	Si	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?		
2. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o una enfermedad reciente?		
PREGUNTAS DE HEART SALUD SOBRE USTED	Si	No
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio?		
5. ¿Alguna vez ha tenido molestia, dolor, resistencia o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Su corazón alguna vez corre o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez ha pedido un médico una prueba para tu corazón? (Por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiografía?		
9. ¿Se mareta o se siente más corto de aire que sus amigos durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZON SOBRE SU FAMILIA	Si	No
11. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o un inexplicable accidente automovilístico)?		
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema genético del corazón como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de bradicardia o taquicardia catecolaminérgica polimórfica del ventrículo (CPVT)?		
13. ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULANACIONES	Si	No
14. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le causó perder una práctica o un juego?		
15. ¿Tiene alguna lesión en los huesos, los músculos, los ligamentos o las articulaciones que le moleste?		

PREGUNTAS MEDICAS	Si	No
16. ¿Tose, tiene sibilancia o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o una protuberancia dolorosa o una hernia?		
19. ¿Tiene usted alguna erupción o sarpullido recurrente en la piel que vaya y venga, incluyendo el herpes o el Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo y debilidad en sus brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o elegido?		
22. ¿Alguna vez se enfermó mientras era el sucesor en el calor?		
23. ¿Usted, o alguien en su familia, tiene el rasgo drepanocítico o la enfermedad?		
24. ¿Ha tenido, o tiene, algún problema con sus ojos o visión?		
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Está intentando, o alguien ha recomendado, que usted Hunter o pierda peso?		
27. ¿Sigue una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio?		
SOLO MUJERES	Si	No
29. ¿Alguna vez has tenido un periodo menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue tu periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?		

SI "SI," EXPLICA LAS RESPUESTAS AQUI

--

Por la presente declaro que, a mi entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del Atleta:
Firma del padre(s) o tutor:
Fecha: