

Examen Físico de Preparticipación

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Grado: _____ Género: Masculino Femenino Escuela: _____

Haga una lista de todos los deportes que planifica para este año (aunque no esté seguro):

Haga una lista de los deportes del año pasado, si participó:

Cualquier problema / lesión durante los deportes del año pasado, si participó:

Medicamentos: Ninguno Sí: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos): No Sí: _____

Si respondió "Sí", ¿alguna vez ha necesitado una inyección Epi-Pen (ya sea en casa o en la sala de emergencias?):

¿Tiene algún historial de problemas médicos importantes (que requirieron visitas múltiples al médico)?

No Sí: _____

¿Ha tenido algún historial médico de problemas de órganos como ojos, corazón, pulmones, riñones, bazo, o testículos?

No Sí: _____

¿Tiene algún historial de asma? No Sí Si respondió "Sí", ¿alguna vez ha usado / necesitado un inhalador? No Sí

¿Alguien en su familia tiene asma? No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido sibilancias (resuellos), tos, o falta de aliento al hacer ejercicio?

No Sí: _____

¿Tiene algún historial de problema del corazón? No Sí: _____

¿Alguien en su familia ha tenido una afección cardíaca o ataque al corazón ANTES de los 50 años de edad?

No Sí: _____

--Continúa en el reverso--

¿Alguien en su familia tiene problemas del RITMO cardíaco, o ha tenido problemas con desmayos súbitos?

No Sí: _____

¿Alguna vez se ha desmayado durante o después de hacer ejercicio?

No Sí: _____

¿Tiene dolor o presión en su pecho durante el ejercicio?

No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía?

No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido una convulsión? No Sí: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión o concusión en la cabeza? No Sí: _____

¿Tiene dolor de cabeza al hacer ejercicio? No Sí: _____

¿Alguna vez se ha fracturado un hueso en su cuello o espina dorsal? No Sí: _____

¿Ha tenido alguna lesión a un hueso o coyuntura que le CONTINÚA molestando?

No Sí: _____

¿Alguna vez un médico le ha restringido su participación en deportes en el pasado?

No Sí: _____

Solamente mujeres: ¿Ya se ha presentado su periodo menstrual?: No Sí Si respondió "Sí", ¿son regulares o irregulares? Reg Irreg

Sección del proveedor:

Estatura: Peso: IMC: Visión: D 20/ I 20/ (corr / sin corr)
PA: Pulso:

COONG: Normal Anormal: _____
(cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta)

Pulmones: Normal Anormal: _____

Cardiovascular: Normal Anormal: _____

Abdominal: Normal Anormal: _____

Hernia (Masculino) No Sí: _____

Espina cervical: Normal Anormal: _____

Extremidades superiores: Normal Anormal: _____

Espina torácica / lumbar: Normal Anormal: _____

Extremidades inferiores: Normal Anormal: _____

Anotaciones adicionales / comentarios: _____

Examen Físico de Preparticipación

---Regrese esta sección al Departamento de Atletismo en la escuela---

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

_____ Aprobado para todos los deportes sin restricción.

_____ Aprobado para todos los deportes sin restricción, con recomendación(es) anotada(s) a continuación:

_____ No está aprobado:

_____ Para deportes específicos: _____

_____ Para todos los deportes.

_____ Plan de seguimiento / fecha de reevaluación: _____

Recomendaciones / Comentarios: _____

Nombre del médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

