

## ■ Preparación evaluación física

# FORMULARIO DE HISTORIA

*(Nota: Este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe poner una copia de este formulario en la tabla.)*

Fecha del examen

Nombre

Fecha de nacimiento

Sexo

Edad

Grado

Escuela

Deporte(s)

Medicamentos y alergias: Por favor, haga una lista de todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre (herbales y nutricionales) que está tomando actualmente  _____  _____  _____
¿Tienes alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso afirmación, por favor identifique la alergia específica a continuación. <input type="checkbox"/> Medicinas <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Nutriente <input type="checkbox"/> Insectos urticantes

Explique las respuestas de "Sí" a continuación. Rodea las preguntas a las que no sabes las respuestas.

PREGUNTAS GENERALES	Si	No	PREGUNTAS MÉDICAS	Si	No
1. ¿Alguna vez un médico ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?			20. ¿Alguna vez ha tenido una fractura por estrés?		
2. ¿Tiene alguna condición médica en curso? En caso afirmación, sírvase identificar abajo: .. Asma .. Anemia .. Diabetes .. Infecciones Otro:			21. ¿Alguna vez le han dicho que tiene o ha tenido una radiografía para la inestabilidad del cuello o la inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
3. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital?			22. ¿Usa regularmente un aparato ortopédico, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE USTED</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	23. ¿Tiene una lesión ósea, muscular o articular que le molesta?		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?			24. ¿Alguna de sus articulaciones se vuelve dolorosa, hinchada, ¿se siente caliente o se ve roja?		
6. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			25. ¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		
7. ¿Su corazón alguna vez se aceleró u omite latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio??			26. ¿Tose, tiene sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Un soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto                      .. Una infección cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki    Otro:			27. ¿Alguna vez ha usado un inhalador o ha tomado medicamentos para el asma?		
9. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para su corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)			28. ¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
10. ¿Se mareo o siente más falta de aliento de lo esperado durante el ejercicio?			29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), tu bazo o cualquier otro órgano?		
11. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?			30. ¿Tiene dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aliento más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio?			31. ¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN SOBRE SU FAMILIA</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	32. ¿Tiene erupciones cutáneas, úlceras por presión u otros problemas de la piel?		
13. ¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?			33. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o MRSA?		
14. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?			34. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
15. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?			35. ¿Alguna vez ha tenido un golpe o golpe en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
16. ¿Alguien en su familia ha tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi ahogamiento?			36. ¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	37. ¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que le hizo perderse una práctica o un juego?			38. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas después de ser golpeado o caerse?		
18. ¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?			39. ¿Alguna vez no ha podido mover los brazos o las piernas después de ser golpeado o caerse?		
19. ¿Alguna vez ha tenido una lesión que requirió radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?			40. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio en el calor?		
			41. ¿Tienes calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
			42. ¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
			43. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?		
			44. ¿Ha tenido alguna lesión ocular?		
			45. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
			46. ¿Usa gafas protectoras, como gafas o un protector facial?		

## ■ Preparacion evaluacion fisica

47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás tratando o alguien te ha recomendado que ganes o pierdas peso?		
49. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?		
51. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?		
<b>SOLO MUJERES</b>		
52. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
53. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas de "sí" aquí

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Por la presente declaro que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta

Firma del padre/tutor

Fecha

# ■ Preparación evaluación física

## EL ATLETA CON NECESIDADES ESPECIALES: FORMULARIO DE HISTORIA SUPLEMENTARIA

Fecha del examen \_

Nombre \_

Fecha de nacimiento

Sexo

Edad

Grado \_

Escuela

Deporte(s) \_

1. Tipo de discapacidad		
2. Fecha de la discapacidad		
3. Clasificación (si está disponible)		
4. Causa de discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otros)		
5. Enumere los deportes que le interesa jugar		
	Si	No
6. ¿Usa regularmente un aparato ortopédico, un dispositivo de asistencia o una prótesis?		
7. ¿Utiliza algún aparato ortopédico o de asistencia especial para deportes?		
8. ¿Tiene erupciones cutáneas, úlceras por presión o cualquier otro problema de la piel?		
9. ¿Tiene una pérdida auditiva? ¿Utiliza un audífono?		
10. ¿Tiene una discapacidad visual?		
11. ¿Utiliza algún dispositivo especial para la función intestinal o vesical?		
12. ¿Tiene ardor o incomodidad al orinar?		
13. ¿Ha tenido disreflexia autonómica?		
14. ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		
15. ¿Tienes espasticidad muscular?		
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no se pueden controlar con medicamentos?		

Explique las respuestas de "sí" aquí

---



---



---



---



---

Por favor, indique si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes.

	Si	No
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación de rayos X para la inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Bazo agrandado		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el intestino		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos		
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies		
Debilidad en brazos o manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambios recientes en la coordinación		
Cambio reciente en la capacidad de caminar		
Espina bífida		
Alergia al látex		

Explique las respuestas de "sí" aquí

---



---



---



---



---

Por la presente declaro que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta

Firma del padre/tutor \_

Fecha \_

# ■ Preparacion evaluacion fisica

## PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name \_

Date of birth \_

### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span &gt; height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes/ears/nose/throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva)</li> <li>Location of point of maximal impulse (PMI)</li> </ul>		
Pulses <ul style="list-style-type: none"> <li>Simultaneous femoral and radial pulses</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) <sup>b</sup>		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis</li> </ul>		
Neurologic <sup>c</sup>		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Duck-walk, single leg hop</li> </ul>		

<sup>a</sup>Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.  
<sup>b</sup>Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.  
<sup>c</sup>Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for \_
- 
- Not cleared
- Pending further evaluation
  - For any sports
  - For certain sports \_
- Reason \_
- Recommendations \_

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) \_\_\_\_\_ Date of exam \_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of physician, APN, PA \_

# ■ Preparacion evaluacion fisica

## CLEARANCE FORM

Name \_\_\_\_\_ Sex  M  F Age \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for \_\_\_\_\_

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_\_ Recommendations \_\_\_\_\_

### EMERGENCY INFORMATION

Allergies \_\_\_\_\_

Other information \_\_\_\_\_

### HCP OFFICE STAMP

### SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on \_\_\_\_\_  
(Date)

Approved \_\_\_\_\_ Not Approved \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).**

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of physician, APN, PA \_\_\_\_\_

### Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_