



HISTORIAL MÉDICO: Para ser llenado por un padre, tutor o mayor de 18 años.

Nombre del estudiante: _____ Fecha del examen: _____

Médico de la familia: _____ Teléfono: _____

- PREGUNTAS GENERALES	SÍ	NO
¿Su médico alguna vez le ha prohibido o restringido su participación en algún deporte por algún motivo?		
¿Tiene alguna condición médica persistente? De ser así, identifíquela a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otra:		
¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital o en alguna ocasión ha tenido alguna cirugía?		
- PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA	SÍ	NO
¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
¿Su corazón se acelera o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Soplo del corazón <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otra:		
¿Algún médico le ha pedido algún estudio cardíaco? (P. ej. un electrocardiograma o un ecocardiograma). Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o le falta el aliento más de lo normal?		
¿Tiene antecedentes de trastornos convulsivos o ha sufrido alguna convulsión inexplicable?		
¿Se siente más cansado o le falta aire más rápido que a sus compañeros durante el ejercicio?		
- PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA	SÍ	NO
¿Alguien en su familia ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables o casi se ha ahogado?		
¿Alguien en su familia tiene algún problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?		
¿Alguien en su familia ha fallecido por problemas cardíacos o murió repentina o inesperadamente antes de los 50 años (incluido el ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o el síndrome de muerte infantil súbita)?		
¿Alguien en su familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome del QT largo, síndrome del QT breve, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
- PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	SÍ	NO
¿Ha sufrido una lesión en hueso, músculo, ligamento o tendón que ocasionó que faltara a prácticas o juegos?		
¿Ha sufrido fracturas o fisuras óseas, se ha dislocado articulaciones o ha sufrido fracturas por esfuerzo?		
¿Ha sufrido lesiones que necesitaran rayos-X, resonancia magnética, tomografía, inyecciones, terapia, férula, yeso o muletas?		
¿Usa regularmente correctores dentales, aparatos de ortodoncia u otros similares?		
¿Le molesta alguna lesión en huesos, músculos o articulaciones?		
¿Algunas de sus articulaciones le causan dolor, se inflaman, se sienten calientes o se ven rojas?		
¿Tiene antecedentes de artritis juvenil o enfermedades del tejido conectivo?		
¿Alguna vez lo han sometido a rayos-X por inestabilidad en el cuello o inestabilidad atlantoaxoidea (síndrome de Down o enanismo)?		

- PREGUNTAS MÉDICAS	SÍ	NO
¿Sufrir de tos, jadeos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o tomado medicina para el asma?		
¿Alguien en su familia sufre de asma?		
¿Le falta o nació sin un riñón, ojo, testículo (varones), bazo o algún otro órgano?		
¿Sufrir de dolor o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
¿Ha sufrido de mononucleosis infecciosa (mono) durante el mes pasado?		
¿Sufrir de erupciones cutáneas, úlceras por presión o algún otro problema cutáneo?		
¿Ha sufrido de una infección cutánea por herpes o SARM?		
¿Tiene dolor de cabeza o sufre frecuentemente de calambres musculares al hacer ejercicio?		
¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
¿Usted o alguien de su familia sufre de anemia falciforme?		
¿Ha tenido problemas con los ojos, la vista o ha sufrido lesiones en los ojos?		
¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
¿Usa protectores oculares, como gafas o caretas?		
Historial de vacunación: ¿Le falta alguna vacuna recomendada?		
¿Tiene alguna alergia?		
¿Alguna vez ha sufrido una lesión o una contusión en la cabeza?		
¿Tiene alguna preocupación sobre la que le gustaría platicar con su médico?		
¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza que le causara confusión, dolores de cabeza persistentes o problemas de memoria?		
¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas o le ha sido imposible moverlos después de recibir un golpe o caerse?		
¿Alguna vez ha tenido trastornos alimenticios?		
¿Está preocupado por su peso?		
¿Está intentando o alguien le ha sugerido que suba o baje de peso?		
¿Está siguiendo alguna dieta o evita ciertos tipos de alimentos?		
- SOLO PARA MUJERES (Opcional)	SÍ	NO
¿Ya se ha presentado su periodo menstrual?		
¿Cuántos años tenía cuando se presentó su primera regla?		
¿Cuántas reglas ha tenido en los últimos 12 meses?		
EXAMEN MÉDICO PARA EL AÑO EN CURSO = EXPEDIDO CON FECHA DEL 15 DE ABRIL O POSTERIOR DEL AÑO ESCOLAR ANTERIOR		

EXAMEN Y AUTORIZACIÓN MÉDICA: Reservado para MD, DO, PA o NP - ENTREGAR DIRECTAMENTE AL PACIENTE.

EXAMEN: Estatura: _____ Peso: _____ Masculino Femenino PA: _____ / _____ Pulso: _____ Vista: D 20/ _____ I 20/ _____ Corregida: SÍ NO

EVALUACIÓN MÉDICA	NORMAL	ANORMAL	EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA	NORMAL	ANORMAL
Apariencia: Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar alto y arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, envergadura de brazos extendidos > estatura, hiperlaxia, miopía, PVM, insuficiencia aórtica)			Cuello		
Ojos, oídos, nariz, garganta: Pupilas isocóricas Oído			Espalda		
Nodos linfáticos			Hombro/brazo		
Corazón: Soplos (auscultación de pie, acostado boca arriba, +/- Valsalva) Localización del choque de punta			Codo/antebrazo		
Pulsos: Pulsos femorales y radiales simultáneos			Muñeca/mano/dedos		
Pulmones			Cadera/muslo		
Abdomen			Rodilla		
Genitourinario (solo varones)			Pierna/tobillo		
Piel: VHS: Lesiones que sugieren SARM, tiña corporal			Pie/dedos		
Neurología			Marcha de pato funcional		

RECOMENDACIONES:

Certifico que examiné al estudiante indicado anteriormente en este formulario y puedo recomendar que está apto para competir en los eventos de atletismo supervisados que NO se hayan tachado a continuación.

BÉISBOL, BÁSQUETBOL, BOLICHE, ANIMACIÓN, CARRERAS A CAMPO TRAVIESA, FÚTBOL AMERICANO, GOLF, GIMNASIA, HOCKEY SOBRE HIELO LACROSSE, ESQUÍ, FÚTBOL, SÓFBOL, NATACIÓN/CLAVADOS, TENIS, ATLETISMO EN PISTA Y CAMPO, VOLEIBOL, LUCHA

EXAMINADOR → Nombre del examinador (letra de molde): _____ Fecha: _____
Firma del examinador: _____ (Marque una): MD DO PA NP

----- (DESPRENDA AQUÍ PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO) -----

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: PARA SER LLENADO POR UN PADRE, TUTOR O MAYOR DE 18 AÑOS.

Estudiante: _____ Grado: _____ Médico: _____ Teléfono: (____) _____

EN CASO DE EMERGENCIA (1): _____ Tel. de casa: (____) _____ Tel. celular: (____) _____

EN CASO DE EMERGENCIA (2): _____ Tel. de casa: (____) _____ Tel. celular: (____) _____

Reacciones a medicamentos: _____ Medicamentos actuales: _____

Alergias: _____

