

Distrito Escolar de Lake Washington



Examen Físico Previo a la participación - Formulario de Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Examen _____

Género: M ___ F ___ Edad _____ Grado _____ Deporte(s) Deseado(s) _____

Medicamentos: Por favor enumere TODOS los medicamentos recetados y de venta libre, suplementos, (herbales y nutricionales) y las vitaminas que actualmente está tomando.

Por favor indique qué alergias presenta:

- Ninguna Polen Insectos con aguijón (especifique) _____ Alimentos (especifique) _____
- Medicamentos (especifique) _____

Explique todas las respuestas "SÍ" a continuación. Encierre en un círculo preguntas a las que no conozca la respuesta.

PREGUNTAS GENERALES		SI	NO
1.	¿Alguna vez un médico negó o restringió su participación en deportes por alguna razón?		
2.	¿Tiene alguna condición médica en curso? Si es así, por favor especifique a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otra: _____		
3.	¿Alguna vez pasó una noche en un hospital?		
4.	¿Ha tenido una cirugía?		
5.	¿Ha tenido una lesión o enfermedad desde su último examen físico?		
6.	¿Actualmente se encuentra herido o enfermo, o en recuperación de un accidente reciente?		
PREGUNTAS DE SALUD CARDIOVASCULAR SOBRE USTED		SI	NO
7.	¿Se desmayó o estuvo a punto DURANTE o DESPUES de hacer ejercicio?		
8.	¿Alguna vez tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
9.	¿Su corazón alguna vez latió o omitió latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
10.	¿Alguna vez un doctor le dijo que USTED tenía problemas cardiovasculares? Si es así, marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Una infección coronaria <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otra: _____		
11.	¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para su corazón, como un ECG/EKG o un ecocardiograma?		
10.	¿Se mareo o siente más dificultad para respirar de lo esperado durante el ejercicio?		
11.	¿Alguna vez tuvo un ataque inexplicable?		
12.	¿Se siente más cansado o le falta el aliento más rápido que sus amigos durante el ejercicio?		
PREGUNTAS DE SALUD CARDIOVASCULAR SOBRE SU FAMILIA		SI	NO
13.	¿Algun familiar o pariente murió de problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluidos ahogamiento, accidente automovilístico inexplicable o síndrome de muerte súbita del lactante)?		
14.	¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, miocardiopatía ventricular derecha arritmogénica, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15.	¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibrilador implantado?		
16.	¿Alguien en su familia tuvo un desmayo inexplicable, convulsiones sin explicación, o estuvo cerca de ahogarse?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		SI	NO
17.	¿Alguna vez tuvo una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón que hizo que perdiera una clase de Educación Física, una práctica o un juego?		
18.	¿Alguna vez tuvo huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?		
19.	¿Alguna vez sufrió una lesión que requirió rayos X, MRI, tomografía computarizada, inyecciones, terapia, un aparato ortopédico, un yeso o muletas?		
20.	¿Alguna vez tuvo una fractura por estrés?		
21.	¿Alguna vez le dijeron que tenía (o le hicieron una radiografía) por inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial?		
22.	¿Utiliza regularmente órtesis, aparatos ortopédicos u otro dispositivo de asistencia?		
23.	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?		
24.	¿Le duelen sus articulaciones, se hinchan, se sienten calientes o se ven rojas?		
25.	¿Tiene un historial de artritis juvenil de enfermedad del tejido conectivo?		

PREGUNTAS MEDICAS		SI	NO
26.	¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
27.	¿Alguna vez ha usado un inhalador o tomado un medicamento para el asma?		
28.	¿Hay alguien en su familia que tenga asma?		
29.	¿Nació sin (o le falta ahora) un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?		
30.	¿Tiene dolor en la ingle o un bulto doloroso o hernia en el área de la ingle?		
31.	¿Ha tenido mononucleosis infecciosa (mono) en los últimos dos meses?		
32.	¿Alguna vez ha tenido una infección en la piel como tiña, SARM, herpes, impétigo, etc.?		
33.	¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
34.	¿Alguna vez has recibido un golpe o un golpe en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
35.	¿Tiene un historial de trastorno convulsivo?		
36.	¿Presenta dolor de cabeza al hacer ejercicio?		
37.	¿Alguna vez ha tenido adormecimiento u hormigueo en sus brazos o piernas después de haber sido golpeado o de haber caído?		
38.	¿Alguna vez se le ha dificultado mover tus brazos o piernas después de ser golpeado o de haber caído?		
39.	¿Alguna vez se ha enfermado al hacer ejercicio en el calor?		
40.	¿Tiene calambres musculares frecuentes al hacer ejercicio?		
41.	¿Usted o alguien de su familia tiene un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
42.	¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?		
43.	¿Ha tenido alguna lesión en los ojos?		
44.	¿Usa lentes de contacto o gafas?		
45.	¿Usas anteojos protectores, como gafas o una careta?		
46.	¿Se preocupa por su peso?		
47.	¿Tiene una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
48.	¿Está tratando (o alguien le recomendó) perder o ganar peso?		
49.	¿Alguna vez tuvo un desorden alimenticio?		
50.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
SOLO MUJERES		SI	NO
51.	¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
52.	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual?		
53.	¿Cuántos periodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explique todas las respuestas afirmativas aquí:

Los padres son responsables de coordinar con el instructor de su hijo/a si él/ella presenta una condición de salud que pone en peligro su vida y donde puede necesitar medicamentos de emergencia, es decir, EpiPen o inhalador durante cualquier evento deportivo en el que participe.

Por la presente afirmo que, según mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas

Firma del Deportista _____ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____