



FISICO PREPARTICIPACION

FORMULARIO DE HISTORIA

Los estudiantes deben completar y firmar este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de su cita. El formulario de historial lo conservan la escuela miembro y el proveedor de atención médica.

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: Fecha del examen: _____ Calificación: _____

Sexo al nacer (femenino o masculino): _____

Enumere las 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, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, insectos que pican). _____

¿Están al día sus vacunas requeridas? _____

- | | (UN CÍRCULO) |
|--|--------------|
| 1. ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión? | SÍ NO |
| 2. ¿Alguna vez te sientes triste, desesperado, deprimido o ansioso? | SÍ NO |
| 3. ¿Se siente seguro en su casa o residencia? | SÍ NO |
| 4. ¿Alguna vez ha probado los cigarrillos, el tabaco de mascar, el rapé o el dip? | SÍ NO |
| 5. Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco para mascar, rapé o dip? | SÍ NO |
| 6. ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento de apariencia/rendimiento? | SÍ NO |
| 7. ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? | SÍ NO |

PREGUNTAS GENERALES	sí	No	PREGUNTAS SOBRE USTED SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (CONTINUACIÓN)	sí	No
(Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta).			9. ¿Se siente mareado o le falta el aliento que sus amigos durante el ejercicio?		
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
2. ¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por algún motivo?			PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN TU FAMILIA		
3. ¿Tiene algún problema médico actual o reciente? <small>¿enfermedad?</small>			11. ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluido ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
PREGUNTAS SOBRE TI SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN			sí No		
4. ¿Alguna vez se ha desmayado o estuvo a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?			12. ¿Alguien en tu familia tiene un corazón genético? ¿Problema como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de QT corto (SQTs), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
5. ¿Alguna vez ha sentido malestar, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			13. ¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
6. ¿Alguna vez su corazón se acelera, palpita en su pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?					
7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?					
8. ¿Alguna vez un médico solicitó una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.					

Machine Translated by Google
ASOCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE OKLAHOMA

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	sí No	
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión? ¿A un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder una práctica o un partido?		
15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS	sí No	
16. ¿Tose, respira con dificultad o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (machos), tu bazo o algún otro órgano?		
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto o hernia doloroso en el área de la ingle?		
19. ¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o que aparece y desaparece, incluido herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?		
20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o caído?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
23. ¿Tiene usted o alguien de su familia un rasgo o enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez has o tienes alguna ¿Problemas con los ojos o la visión?		

PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	sí No	
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Estás intentando o alguien te ha recomendado que subas o bajes de peso?		
27. ¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos y grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
SOLO MUJERES	sí No	
29. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera menstruación?		
31. ¿Cuándo fue tu período menstrual más reciente ?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique las respuestas "Sí" aquí.

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

Firma del deportista: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

