

Este formulario debe colocarse en el archivo médico del atleta y **NO** debe compartirse con ninguna escuela ni organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva. Exención de responsabilidades: Los atletas que tienen una Evaluación Física Previa a la participación vigente (según las normas estatales y locales) en su archivo no necesitan completar otro Formulario con sus antecedentes.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Guía provisional)

FORMULARIO DE ANTECEDENTES

Nota: Completar y firmar este formulario (con sus padres si son menores de 18 años de edad) antes de tu cita; las preguntas con un * son opcionales.

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____ Deporte(s): _____

*Sexo asignado al nacer (F, M o intersexualidad): _____ *¿Cómo identificas tu género? (F, M, u otro): _____

¿Te has contagiado con COVID-19?? (marcar una casilla): Sí No

¿Te has vacunado contra el COVID-19? (marcar una casilla): Sí No -En caso afirmativo, ¿Has tenido?: Una vacuna Dos vacunas
 Tres vacunas Vacunas de refuerzo. Fecha(s) _____

Enumera tus condiciones médicas pasadas y actuales. _____

¿Alguna vez te han operado? En caso afirmativo, enumerar todas las operaciones previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumera todas las recetas médicas vigentes, medicamentos sin receta y suplementos (herbales y nutricionales). _____

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumerar todas las alergias (por ej., medicamentos, polen, alimentos, picadas de insectos). _____

Cuestionario de salud del paciente Versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas? (marcar con un círculo).

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o agitado.	0	1	2	3
Incapaz de detener o controlar la preocupación.	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza.	0	1	2	3

(Una suma mayor o igual a 3 se considera positiva en cualquiera de las subcategorías [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de evaluación)

PREGUNTAS GENERALES (Al final de este formulario explicar las respuestas afirmativas ("Sí"). Si no sabes la respuesta de alguna pregunta, marcarla con un círculo).		Sí	No
1. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría discutir con tu proveedor de salud?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de salud ha negado o restringido tu participación en deportes por algún motivo?			
3. ¿Tienes algún problema de salud persistente o una enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN		Sí	No
4. ¿Alguna vez te has desmayado o has estado a punto de desmayarte durante o después de hacer ejercicio?			
5. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión torácica durante el ejercicio?			
6. ¿Alguna vez tu corazón se acelera, palpita en el pecho u omite latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes algún problema cardíaco?			
8. ¿Alguna vez un médico ha solicitado un examen de tu corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN (CONTINUACIÓN)		Sí	No
9. ¿Te sientes mareado o sientes menos aliento que tus amigos durante el ejercicio?			
10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TUS FAMILIARES		Sí	No
11. ¿Alguien de tu familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por inmersión o accidente automovilístico inexplicable)?			
12. ¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético como Miocardiopatía Hipertrófica (MCH), síndrome de Marfán, Miocardiopatía Arritmogénica del Ventrículo Derecho (ARVC), Síndrome de QT Largo (SQTL), Síndrome de QT Corto (SQTC), síndrome de Brugada o Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica (TVPC)?			
13. ¿Alguien en tu familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años de edad?			

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Si	No
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por sobrecarga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que resultó en que perdieras una práctica o un partido?		
15. ¿Tiene una lesión ósea, muscular, a un ligamento o de las articulaciones que te causa molestias?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD	Si	No
16. ¿Tienes tos, sibilancia (tos ferina) o dificultades para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Te duele la ingle o los testículos o tienes protuberancia o hernia que te duele en el área de la ingle?		
19. ¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, incluido el herpes o el Estafilococo Aureus Resistente a la Metecilina (EARM)?		
20. ¿Has sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que te causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de haber recibido un golpe o haberte caído?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio y hace mucho calor?		
23. ¿Tú o algún familiar tiene fenotipo o enfermedad de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con tus ojos o con la visión?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD (CONTINUACIÓN)	Si	No
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Estás tratando o alguien te ha recomendado que subas o bajes de peso?		
27. ¿Estás siguiendo una dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
SOLO PARA MUJERES	Si	No
29. ¿Alguna vez has tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue tu último período menstrual?		
32. ¿Cuántos períodos menstruales has tenido en los últimos 12 meses?		

Explicar aquí todas las respuestas afirmativas ("Si")

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

Firma de atleta: _____

Firma del padre/madre/apoderado: _____

Fecha: _____

Este formulario debe colocarse en el archivo médico del atleta y **NO** debe compartirse con ninguna escuela ni organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva. Exención de responsabilidades: Los atletas que tienen una Evaluación Física Previa a la participación vigente (según las normas estatales y locales) en su archivo no necesitan completar otro formulario de examen médico.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Guía provisional)

FORMULARIO DEL EXAMEN FÍSICO

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

- Considerar preguntas adicionales sobre temas más delicados.
 - ¿Te sientes tenso o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
 - ¿Te sientes a salvo en tu casa o lugar dónde vives?
 - ¿Alguna vez has probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, o rapé (tabaco muy fino de mascar)?
 - En los últimos 30 días, ¿Has consumido tabaco de mascar, o rapé?
 - ¿Bebes alcohol o usas otras drogas?
 - ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o has usado cualquier otro suplemento para mejorar tu rendimiento físico?
 - ¿Alguna vez has tomado algún suplemento para subir o bajar de peso o para mejorar tu rendimiento físico?
 - ¿Usas el cinturón de seguridad, un casco cuando corresponde y condones cuando corresponde?
- Considera revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (Preguntas 4 a 14 del Formulario de antecedentes).

EXAMEN		
Estatura:	Peso:	
Presión arterial: / (/)	Pulso:	Visión: D 20/ I 20/ Corrección: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
Vacuna previas contra el COVID-19 : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Vacunas contra el COVID-19 recibidas durante esta visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si <input type="checkbox"/> 1ª dosis <input type="checkbox"/> 2ª dosis <input type="checkbox"/> 3ª dosis <input type="checkbox"/> Vacunas de refuerzo fecha(s) _____ respuesta es: Sí:		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD	NORMAL	RESULTADO ANORMAL
Apariencia/aspecto • Estigmas de Marfán (cifoscoliosis, paladar de arco alto, tórax hundido, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas son iguales • Audición		
Ganglios linfáticos		
Corazón ^a • Soplos cardíacos (auscultación de pie, auscultación en decúbito supino, y ± maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Estafilococo Aureus Resistente a la Meticilina (EARM), o tiña corporal.		
Sistema nervioso		
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	RESULTADO ANORMAL
Cuello		
Espalda		
Hombros y brazos		
Codos y antebrazos		
Muñecas, manos, y dedos		
Caderas y muslos		
Rodillas		
Piernas y tobillos		
Pies y dedos de los pies		
Pruebas funcionales • Examen de ponerse en cuclillas con ambas piernas, examen de ponerse en cuclillas con sola pierna y examen subir y bajar de una caja.		

^a Considere la electrocardiografía (ECG), la ecocardiografía, la derivación a un cardiólogo debido a antecedentes cardíacos anormales o resultados anormales en el examen, o una combinación de estos.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiada): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____ MD, DO, NP, o PA

© 2019 -Academia Americana de Médicos de Familia, Academia Americana de Pediatría, Colegio Americano de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Americana de Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Americana de Medicina del Deporte y Academia Americana de Medicina de Osteopatía del Deporte. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO MÉDICO DE ELEGIBILIDAD

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción.
- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación adicional o tratamiento de

- Médicamente elegible para ciertos deportes.

- No es médicamente elegible en espera de una evaluación adicional.

- No es médicamente elegible para ningún deporte.

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en el deporte (s) como se describe en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico permanecerá en los registros de mi oficina y puede ponerse a disposición de la escuela si los padres la solicitan. Si surgen condiciones de salud después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o apoderados).

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiada): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____ MD, DO, NP, o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Información adicional: _____

Información de contacto en caso de emergencia: _____
