

Examen físico previo a la participación

(Este formulario deberá ser completado por un médico, enfermero especializado o médico asistente.)

EXAMEN FÍSICO

FECHA DEL EXAMEN _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

ALTURA _____ PESO _____ % DE GRASA CORPORAL (opcional) _____ PULSO _____ PRESIÓN ARTERIAL _____

VISIÓN D 20/ _____ I 20/ _____ ¿CORREGIDA? S _____ N _____ PUPILAS: REGULARES _____ IRREGULARES _____

	NORMAL	RESULTADO ANORMAL	INICIALES*
PARTE MÉDICA			
Aspecto _____			
Ojos/oídos/nariz/garganta _____			
Ganglios linfáticos _____			
Corazón _____			
Pulso _____			
Pulmones _____			
Abdomen _____			
Órganos genitales (varones únicamente) _____			
Piel _____			
PARTE MUSCULOESQUELÉTICA			
Cuello _____			
Espalda _____			
Hombros/brazos _____			
Codos/antebrazos _____			
Muñecas/manos _____			
Caderas/muslos _____			
Rodillas _____			
Piernas/tobillos _____			
Pies _____			

*Sólo cuando el examen se realiza en el centro escolar

RESULTADO

- Apto
- Apto después de completar el examen/rehabilitación de: _____

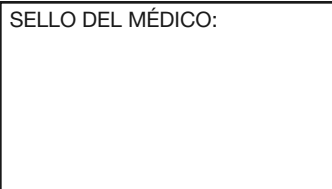
No apto para [deporte(s)]: _____ Motivo: _____

Recomendación: _____

Nombre del médico, enfermero especializado o médico asistente _____ Fecha: _____
(EN IMPRENTA O A MÁQUINA)

Nirección: _____ Teléfono: _____

Firma del médico, enfermero especializado o médico asistente _____



Examen físico previo a la participación

ANTECEDENTES

Esta página deberá ser llenada por el alumno y el padre o tutor.

Nombre _____	Sexo _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____
Grado _____	Escuela _____		
Dirección _____			
Médico personal _____			
En caso de emergencia, comunicarse con:			
Nombre _____	Vínculo con el alumno _____	Teléfono (del hogar) _____	(del trabajo) _____

Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, explique su respuesta a continuación. Si desconoce la respuesta, marque la pregunta con un círculo.

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión desde la última revisión o examen médico para la práctica deportiva? ¿Padece una enfermedad permanente o crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez lo han hospitalizado de urgencia? ¿Tuvo alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma actualmente medicamentos recetados o de venta libre, píldoras de algún tipo o utiliza un inhalador? ¿Alguna vez tomó suplementos o vitaminas para subir o bajar de peso o para mejorar su rendimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sufre alguna alergia (por ejemplo: al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)? ¿Tuvo alguna vez un sarpullido o reacción cutánea durante o después de la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se desmayó durante o después de la actividad física? ¿Alguna vez sintió mareos durante o después de la actividad física? ¿Alguna vez sintió dolor en el pecho durante o después de la actividad física? ¿Se cansa más rápidamente que sus compañeros durante la actividad física? ¿Alguna vez tuvo taquicardia o arritmia? ¿Alguna vez tuvo presión arterial alta o colesterol alto? ¿Alguna vez le dijeron que tenía un soplo cardíaco? ¿Tuvo algún familiar o pariente que falleció por problemas cardíacos o de muerte súbita antes de cumplir 50 años de edad? ¿Tuvo una infección vírica grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) durante el último mes? ¿Alguna vez le prohibió o restringió el médico la participación en actividades deportivas debido a problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene actualmente algún problema en la piel (por ejemplo: picazón, sarpullido, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez sufrió una herida en la cabeza o contusión? ¿Alguna vez lo tumbaron o dejaron inconsciente, o perdió la memoria? ¿Alguna vez tuvo convulsiones? ¿Padece de dolores de cabeza frecuentes o fuertes? ¿Alguna vez sintió hormigueo o entumecimiento en los brazos, las manos, las piernas o los pies? ¿Alguna vez sufrió un dolor punzante, quemante o la compresión de un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez se sintió mal al realizar una actividad física cuando hace calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene tos o sibilancia (silbido en el pecho), o respira con dificultad durante o después de la actividad física? ¿Tiene asma? ¿Tiene alergias estacionales que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			10. ¿Usa algún equipo o dispositivo protector o correctivo que generalmente no se utiliza en el deporte o función que practica (por ejemplo: rodilleras, protector de cuello especial, artículos ortopédicos para el pie, aparatos en los dientes, audífonos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			11. ¿Ha tenido algún problema en los ojos o en la vista? ¿Usa anteojos, lentes de contacto o gafas protectoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			12. ¿Alguna vez tuvo un esguince, torcedura o inflamación después de una lesión? ¿Alguna vez se quebró o fracturó algún hueso, o se dislocó alguna articulación? ¿Tuvo algún otro problema que le haya causado dolor o inflamación en músculos, tendones, huesos o articulaciones? <i>Si contesta que "sí", marque la casilla que corresponda y explique a continuación.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Canilla (tibia)/Pantorrilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Pie		
			13. ¿Desea pesar más o menos de lo que pesa actualmente? ¿Pierde peso con regularidad para cumplir con los requisitos de peso de su deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			14. ¿Se siente muy estresado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			15. Indicar las fechas de tus vacunas más recientes contra: tétanos _____ sarampión _____ hepatitis B _____ varicela _____		
LA SIGUIENTE SECCIÓN ES SÓLO PARA LAS MUJERES					
			16. ¿Cuándo tuvo su primera menstruación? _____ ¿Cuándo fue su última menstruación? _____ ¿Cuánto tiempo transcurre entre el inicio de un ciclo menstrual y el siguiente? _____ ¿Cuántos períodos menstruales tuvo en el último año? _____ ¿Cuál fue el máximo de días entre dos ciclos menstruales durante el último año? _____		
Si contestó que "sí", explique las respuestas afirmativas a continuación:					

Por la presente manifestamos que, a nuestro entender, las respuestas a las preguntas que anteceden son completas y correctas.

Firma del alumno atleta _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____