

Evaluación Previa a la Participación

Fecha del Examen: _____

Nombre: _____ F/M: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Médico Personal: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia ponerse en contacto con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

(hogar) (trabajo) (celular)

Favor de contestar a todas las preguntas siguientes. Explica en el espacio provisto cualquier respuesta que indique “Sí” y marca con un Círculo cualquier pregunta si no sabes la respuesta.

- | | | | |
|--|----|----|--|
| 1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o restringido su participación en los deportes por cualquier razón? | Sí | No | |
| 2. ¿Tienes alguna condición actual como diabetes, asma o presión alta? | Sí | No | MEDICAMENTOS:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____ |
| 3. ¿Tienes alguna alergia a medicamentos, polen, alimentos o picaduras de insectos? | Sí | No | |
| 4. ¿Alguna vez te has casi desmayado o desmayado durante o después de hacer ejercicios? | Sí | No | |
| 5. ¿Alguna vez has sentido molestia, dolor o presión en el pecho al hacer ejercicios? | Sí | No | |
| 6. ¿El corazón te late rápido o te falla el puso al hacer ejercicios? | Sí | No | ALERGIAS:
1. _____
2. _____
3. _____ |
| 7. ¿Alguna vez un doctor te ha recomendado una prueba al corazón llamada EKG? | Sí | No | |
| 8. ¿Alguien de tu familia falleció por un problema al corazón antes de cumplir los 50? | Sí | No | |
| 9. ¿Alguien de tu familia tiene el Síndrome de Marfán? | Sí | No | |
| 10. ¿Alguna vez tuviste que pasar la noche en el hospital? | Sí | No | |
| 11. ¿Alguna vez has tenido una cirugía? | Sí | No | |
| 12. ¿Alguna vez tuviste una lesión que te hizo perder una práctica o partido? | Sí | No | |
| 13. ¿Alguna vez te dislocaste o rompiste un hueso? | Sí | No | |
| 14. ¿Normalmente usas una venda o un dispositivo de ayuda? | Sí | No | |
| 15. ¿Algún doctor te indicó que tienes asma o alergias? | Sí | No | |
| 16. ¿Toses, jadeas o tienes dificultad para respirar cuando haces ejercicios? | Sí | No | |
| 17. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicina para el asma? | Sí | No | |
| 18. ¿Naciste sin uno de tus riñones, ojos, testículos o cualquier otro órgano? | Sí | No | |
| 19. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (mono) en el mes pasado? | Sí | No | |
| 20. ¿Tienes alguna erupción u otro problema en la piel? | Sí | No | |
| 21. ¿Alguna vez tuviste una infección de herpes en la piel? | Sí | No | |
| 22. ¿Alguna vez tuviste una concusión? | Sí | No | |
| 23. ¿Alguna vez tuviste un golpe de cabeza que te dejó confundido o perdiste la memoria? | Sí | No | |
| 24. ¿Te da dolor de cabeza cuando haces ejercicios? | Sí | No | |
| 25. ¿Alguna vez sentiste debilidad, entumecimiento u hormigueo después de golpearlo o caerte? | Sí | No | |
| 26. ¿Alguna vez has sufrido un ataque? | Sí | No | |
| 27. ¿Te da calambres musculares o te sientes enfermo cuándo hace ejercicios en el calor? | Sí | No | |
| 28. ¿Un doctor le ha dicho a alguien en tu familia que tiene rasgos o enfermedad de célula falciforme? | Sí | No | |
| 29. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista? | Sí | No | |
| 30. ¿Usas lentes o lentes de contacto? | Sí | No | |
| 31. ¿Te sientes complacido con tu peso? | Sí | No | |

SÓLO PARA MUJERES

32. ¿Has tenido un período menstrual? Sí No
 33. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período? Sí No

Explicar cualquier pregunta que contestaron "Sí":

Por la presente indico, que en lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del atleta _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Pre-participation Physical Evaluation

Name _____ Date of Birth: _____
 Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ Pulse: _____ BP: _____/_____
 Vision: R 20/____, L 20/____ Corrected: Y/N Pupils: Equal____ or Unequal____ Allergies _____

	NORMAL	ABNORMAL	INITIALS
GENERAL			
General Appearance			
HEENT			
Hearing			
Lymph Nodes			
Heart			
Murmurs			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
GU (males only)			
Musculoskeletal			
Neck			
Back			
Shoulders/Arms			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand/Fingers			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot/Toes			

Pre-participation Physical Evaluation Clearance

Name of Athlete: _____

Birthdate: _____

Grade: _____

School: _____

Athlete is cleared without restrictions.

Athlete is cleared with the following restrictions:

Athlete is not cleared to participate

Name of Physician: _____ M.D. or D.O.

Address _____ Phone: _____

Signature of Physician _____ Date: _____