

## EXÁMEN FÍSICO PARA DEPORTES, CONDADO DE WHATCOM

(Requisito antes de la participación en las secundarias y preparatorias– LOS PADRES DEBEN REVISAR Y FIRMAR)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamara a: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO (para ser completado por el estudiante & padres/guardianes)

*Si/No*

- S N** 1. ¿Tienes ahora o has tenido recientemente alguna enfermedad/lesión?
- S N** 2. ¿Has tenido un problema médico, enfermedad o lesión desde tu último examen?
- S N** 3. ¿Tienes alguna enfermedad crónica o recurrente?
- S N** 4. ¿Alguna vez has tenido una enfermedad que dure más de una semana?
- S N** 5. ¿Alguna vez has pasado la noche en el hospital?
- S N** 6. ¿Has tenido alguna cirugía?
- S N** 7. ¿Has tenido alguna lesión que requiera tratamiento de un médico?
- S N** 8. ¿Te falta algún órgano? (*apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.*)
- S N** 9. ¿Estás tomando actualmente **algún** medicamento? (*incluyendo vitaminas, aspirina*)
- S N** 10. ¿Tienes **alguna** alergia? (*medicina, abejas, alimentos*)
- S N** 11. ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho, mareos o desmayos durante o después del ejercicio?
- S N** 12. ¿Te cansas más fácil o rápido que tus amigos durante el ejercicio?
- S N** 13. ¿Alguna vez has tenido algún problema con tu presión arterial o tu corazón?
- S N** 14. ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas cardíacos, ataques cardíacos o muerte súbita **antes** de los 50 años?
- S N** 15. ¿Tiene algún problema en la piel? (*acné, picazón, erupciones cutáneas, etc.*)
- S N** 16. ¿Alguna vez has tenido desmayos, convulsiones o mareos intensos?
- S N** 17. ¿Tienes frecuentes dolores de cabeza intensos?
- S N** 18. ¿Alguna vez has tenido un "nervio pellizcado, como que te pica o te quema"?
- S N** 19. ¿Alguna vez te han "noqueado" o "te has desmayado"?
- S N** 20. ¿Alguna vez has tenido una lesión en el cuello o la cabeza?
- S N** 21. ¿Alguna vez has tenido agotamiento por calor, golpe de calor, calambres por calor o problemas similares relacionados con el calor?
- S N** 22. ¿Tienes asma, dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio?
- S N** 23. ¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes protectores?
- S N** 24. ¿Ha tenido algún problema con los ojos o la visión?
- S N** 25. ¿Usas algún aparato dental? (*Brackets, puente, placa, retenedor*)
- S N** 26. ¿Alguna vez has tenido una lesión en la rodilla o el tobillo?
- S N** 27. ¿Alguna vez te has lesionado alguna otra articulación? (*hombro, muñeca, dedos, etc.*)
- S N** 28. ¿Alguna vez has tenido un hueso roto? (*fractura*)
- S N** 29. ¿Alguna vez has tenido un yeso, una férula o has tenido que usar muletas?
- S N** 30. ¿Debes usar equipo especial para la competencia? (*férula, etc.*)
- S N** 31. ¿Han pasado más de ocho años desde tu última vacuna de refuerzo contra el tétanos?
- S N** 32. ¿Está preocupada(o) por tu peso?
- S N** 33. ¿Tienes alguna inquietud médica sobre la participación en tu deporte?
- S N** 34. ¿Estás tomando alguna pastilla o medicamento para aumentar tu fuerza o rendimiento?
- S N** 35. **MUJERES:** ¿Tienes algún problema menstrual?

**Doy fe, con mi firma a continuación, de que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.**

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FÍSICO** (a ser completado por el médico)

Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_

Visión D \_\_\_ / \_\_\_ I \_\_\_ / \_\_\_

**MÉDICO**

Normal/Anormal Resultados

N A Apariencia \_\_\_\_\_

N A Ojos \_\_\_\_\_

N A Oídos \_\_\_\_\_

N A Nariz \_\_\_\_\_

N A Garganta \_\_\_\_\_

N A Corazón \_\_\_\_\_

N A Ganglios Linfáticos \_\_\_\_\_

N A Pulsos \_\_\_\_\_

N A Pulmones \_\_\_\_\_

N A Abdomen \_\_\_\_\_

N A Genitales (solo hombres) \_\_\_\_\_

N A Piel \_\_\_\_\_

**MUSCULOESQUELÉTICO**

N A Cuello \_\_\_\_\_

N A Espalda \_\_\_\_\_

N A Hombro/Brazo \_\_\_\_\_

N A Codo/antebrazo \_\_\_\_\_

N A Muñeca/Mano \_\_\_\_\_

N A Cadera/Muslo \_\_\_\_\_

N A Rodilla \_\_\_\_\_

N A Pierna/Tobillo \_\_\_\_\_

N A Pie \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN**

\_\_\_\_\_ Participación Total      \_\_\_\_\_ Participación Limitada

Descripción de las limitaciones, restricciones

Participación contraindicada (listado de motivos)

Recomendaciones (equipo, cinta, rehabilitación, referencia)

Nombre del Examinador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_