

Fecha del Examen _____

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Escuela Roosevelt High School Deporte(s) _____

Médico personal _____

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono(C) _____ Teléfono(T) _____

**Explique las respuestas por "Si" abajo.
Marque con un círculo las preguntas cuyas respuestas desconoce.**

- | | | Si | No | | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|----|---|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. ¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 24. ¿Tose, tiene sibilancia o dificultades para respirar durante o después de la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Actualmente sufre alguna afección médica (como diabetes o asma)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 25. ¿Alguna persona de su familia tiene asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Actualmente está tomando alguna píldora o medicamento recetado o no recetado (de venta libre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Tiene alergias a los medicamentos, al polen, a los alimentos o a las picaduras de insectos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 27. ¿Nació sin —o le falta— un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 28. ¿Tuvo mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DESPUÉS DE la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 29. ¿Tiene alguna erupción, escaras por decúbito u otros problemas cutáneos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor o presión en el pecho durante la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 30. ¿Tuvo una infección por herpes cutáneo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 31. ¿Alguna vez tuvo una lesión o concusión en la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene lo siguiente?: (Marque todas las que correspondan): | | | | 32. ¿Alguna vez se golpeó la cabeza y estuvo confundido o perdió la memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | | | | 33. ¿Alguna vez tuvo un ataque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección cardíaca | | | | 34. ¿Tiene dolores de cabeza con la actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. ¿Alguna vez el médico le indicó una prueba cardíaca? (por ejemplo: ECG, ecocardiograma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 35. ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, cosquilleo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. ¿Algún miembro de su familia falleció sin una razón aparente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 36. ¿Alguna vez estuvo imposibilitado de mover los brazos o piernas después de golpearse o caerse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 37. Si debe hacer actividad física cuando hace calor, ¿tiene calambres musculares severos o se descompone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. ¿Algún miembro de la familia o pariente murió por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 38. ¿Algún médico le dijo a usted o a alguien de su familia tiene la enfermedad de las células falciformes o características de la misma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. ¿Algún miembro de la familia tiene el síndrome de Marfan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 39. ¿Alguna vez tuvo un problema con los ojos o la vista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Alguna vez pasó la noche en un hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. ¿Alguna vez se sometió a una cirugía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 41. ¿Usa anteojos protectores, como por ejemplo gafas o máscaras para la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Alguna vez tuvo una lesión, como un esguince, desgarro muscular o de ligamentos o tendinitis, que le hiciera perder un entrenamiento o un partido? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 42. ¿Está conforme con su peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. ¿Alguna vez se quebró o fracturó un hueso o se dislocó las articulaciones? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 43. ¿Está tratando de engordar o adelgazar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. ¿Tuvo una lesión ósea o articular que requiriese radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un corsé, un yeso o muletas? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo abajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 44. ¿Alguien le recomendó que cambiar de peso o de hábitos alimentarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cabeza Cuello Hombro Brazo Codo Antebrazo Mano Pecho | | | | 45. ¿Usted limita o controla cuidadosamente lo que come? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Espalda dorsal Espalda lumbar Cadera Muslo Rodilla Pantorrilla/ espinilla Tobillo Pie/ dedos | | | | 46. ¿Tiene alguna inquietud sobre la que le gustaría hablar con su médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. ¿Alguna vez tuvo una fractura por estrés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | SÓLO PARA MUJERES | | | |
| 21. ¿Alguna vez le dijeron que se hiciera —o se hizo— un radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 47. ¿Alguna vez tuvo un período menstrual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. ¿Normalmente usa un corsé o dispositivo de sostén? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 48. ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual? | _____ | | |
| 23. ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene asma o alergias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 49. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses? | _____ | | |

Explique las respuestas por "Si" aquí:

Por el presente declaro que a mi leal saber y entender, las respuestas dadas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del deportista _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____