



# FORMULARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES | Evaluación física de preparticipación

**(OBSERVACIÓN: El paciente y su padre deben completar este formulario antes de ver al proveedor de salud. El proveedor de salud debe conservar este formulario en el expediente médico del estudiante. Este formulario no se le entregará al departamento de deportes.**

Fecha de la evaluación				Fecha de nacimiento		N.º OSIS	
Apellido			Nombre			Deporte(s)	
Sexo	Edad	Grado	Escuela	Campus escolar			

## Medicinas y alergias

Mencione todas las medicinas y suplementos (herbales y nutricionales) que esté tomando, ya sea con o sin receta.

		<b>¿Tiene un inhalador?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Tiene algún tipo de alergia?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, señale las alergias específicas abajo:		<b>¿Tiene consigo un Epi Pen (epinefrina autoinyectable)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Medicinas _____		<input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Insectos con aguijón <input type="checkbox"/> Látex	

**Explique más abajo las preguntas que contestó afirmativamente. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta desconoce.**

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
1.	¿Alguna vez el médico le ha negado o impuesto limitaciones para participar en deportes por alguna razón?			25.	¿Tiene algún antecedente de artritis juvenil o de enfermedad del tejido conectivo?		
2.	¿Sufre de alguna condición médica? Si es así, indíquelo aquí: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Anemia falciforme o rasgos Otras: _____			26.	¿Se le inflaman, le duelen, se le enrojecen o se le calientan las articulaciones?		
3.	¿Alguna vez lo han hospitalizado?			27.	¿Tose o tiene sibilancia o dificultad para respirar mientras hace o después de hacer ejercicios?		
4.	¿Le han hecho cirugía alguna vez?			28.	¿Alguna vez ha usado inhaladores o medicinas para el asma?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA</b>				<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE LOS FAMILIARES</b>			
5.	¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse, ya sea DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicios?			29.	¿Hay alguien de su familia que sufra de asma?		
6.	¿Alguna vez ha sentido molestia, dolor, opresión o presión en el pecho mientras hace ejercicios?			30.	¿Nació o le falta un riñón, ojo, testículo (varones), bazo o cualquier otro órgano?		
7.	¿Se le acelera el corazón o se le salta un latido cuando está en reposo o mientras hace ejercicios?			31.	¿Tiene dolor inguinal o bulto doloroso o hernia en el área inguinal?		
8.	¿El médico le ha dicho alguna vez que sufre de algún problema del corazón? Si es así, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Infección del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otros: _____			32.	¿Ha tenido mononucleosis infecciosa en el último mes?		
9.	¿Alguna vez el médico le ha indicado algún tipo de prueba cardíaca? (Por ejemplo, electrocardiograma o ecocardiograma)			33.	¿Tiene alguna erupción, llagas por presión u otro problema de la piel?		
10.	¿Tiene sensación de mareo o le falta el aire más de lo normal cuando hace ejercicios?			34.	¿Alguna vez ha tenido herpes o infección cutánea causada por estafilococo (MRSA)?		
11.	¿Se siente más cansado o le falta el aire más pronto que a sus amigos cuando hace ejercicios?			35.	¿Alguna vez ha sufrido una lesión de la cabeza o contusión?		
12.	¿Alguna vez le han hecho cirugía del corazón?			36.	¿Alguna vez ha tenido una convulsión inexplicable?		
<b>PREGUNTAS SOBRE EL SISTEMA ÓSEO Y ARTICULACIONES</b>				<b>MUJERES SOLAMENTE</b>			
13.	¿Hay alguien de su familia que sufra de latidos irregulares?			37.	¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza que le produjese confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de la memoria?		
14.	¿Tiene algún familiar o pariente que haya muerto por problemas del corazón o de manera inesperada o súbita e inexplicablemente antes de cumplir 50 años (incluyendo muerte por asfixia por inmersión, accidente vehicular inexplicable o síndrome de muerte súbita infantil)?			38.	¿Tiene antecedentes de trastorno convulsivo?		
15.	¿Hay alguien de su familia que tenga problemas del corazón, marcapasos o desfibrilador?			39.	¿Sufre de dolores de cabeza cuando hace ejercicios?		
16.	¿Tiene algún familiar que haya tenido desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o que estuvo a punto de ahogarse?			40.	¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, cosquilleo o sensación de debilidad en los brazos o piernas luego de un golpe o de caerse?		
17.	¿Usted o alguien de su familia es portador del rasgo drepanocítico o tiene anemia falciforme?			41.	¿Alguna vez ha tenido inmovilidad en los brazos o piernas después de un golpe o caída?		
18.	¿Alguna vez sufrió una lesión de un hueso, músculo, ligamento o tendón que lo obligase a suspender las prácticas o partidos?			42.	¿Alguna vez se ha sentido mal haciendo ejercicios cuando hace calor?		
19.	¿Alguna vez se ha fracturado un hueso o dislocado una articulación?			43.	¿Le dan muchos calambres cuando hace ejercicios?		
20.	¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de lesión que requiriera rayos X, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT scan), inyecciones, terapia, refuerzo, yeso o muletas?			44.	¿Ha tenido problemas de los ojos o la vista?		
21.	¿Alguna vez ha tenido una fractura por sobrecarga?			45.	¿Alguna vez ha tenido algún tipo de lesión de los ojos?		
22.	¿Alguna vez le han dicho que tiene inestabilidad atlantoaxial o le han tomado radiografías por inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)			46.	¿Usa lentes o lentes de contacto?		
23.	¿Necesita usar con regularidad un refuerzo o aparato ortopédico u otro tipo de dispositivo?			47.	¿Usa algún tipo de protector para la vista, como gafas protectoras o protector facial?		
24.	¿Sufre de algún tipo de lesión ósea, muscular o de las articulaciones que le produce molestias?			48.	¿Alguna vez ha tenido pérdida auditiva o problemas de audición?		
				49.	¿Su peso le preocupa?		
				50.	¿Está haciendo esfuerzos por subir o bajar de peso o alguien se lo ha recomendado?		
				51.	¿Lleva alguna dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
				52.	¿Alguna vez ha tenido algún tipo de trastorno alimenticio?		
				53.	¿Tiene alguna preocupación que quisiera discutir con el médico?		
				54.	¿Tiene algún otro problema médico?		
				55.	¿Ha tenido menstruaciones?		
				56.	¿Alguna vez ha tenido problemas de menstruación (dolores menstruales, sangrado profuso)?		
				57.	¿Cuándo fue su última menstruación? _____		
				58.	¿Cuál es la frecuencia de sus periodos menstruales? _____		
				<b>Explique aquí las preguntas que contestó afirmativamente.</b>			

He revisado el formulario de antecedentes personales y confirmo que las respuestas ofrecidas están completas y correctas según mi conocimiento. Autorizo que a _____ (nombre del niño) le hagan un examen físico, el cual incluye un examen inguinal y testicular en los niños y un examen inguinal en las niñas. Si se realiza este examen en la escuela, entiendo que si yo o mi hijo se niega a que le examinen estas áreas del cuerpo, el médico de OSH no podrá completar este formulario y autorizar la participación de mi hijo.	Nombre del padre o tutor	
	Firma del padre o tutor	Fecha
	Teléfono	



# PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

**NOTE: The medical provider should keep this form in the student's medical file. This form does not get returned to the athletic department.**

Last Name		First Name		Date of Birth	
School/Campus/ATSDBN			Grade	OSIS#	

STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MEDICAL PROVIDER	YES NO
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions below	COMMENTS
Do you feel safe at your home or residence?	
Do you feel safe at school?	
Do you ever feel stressed out or under a lot of pressure?	
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?	
Have there been any changes in your weight?	
Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?	
Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?	
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other drugs?	
During the past 30 days, did you use cigarettes, alcohol or other drugs?	
Are you sexually active?	
Are you using contraceptives?	
Do you wear a seat belt?	

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP	Pulse	Vision	Corrected
_____ / _____		R20/ _____ L20/ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Appearance</b> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP)		
<b>Eyes/ears/nose/throat</b> • Pupils equal • Hearing		
<b>Lymph nodes</b>		
<b>Heart<sup>a</sup></b> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
<b>Pulses</b> • Simultaneous femoral and radial pulses		
<b>Lungs</b>		
<b>Abdomen</b>		
<b>Genitourinary (males only)<sup>b</sup></b>		
<b>Skin</b> • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
<b>Neurologic<sup>c</sup></b>		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Neck</b>		
<b>Back (including scoliosis screening)</b>		
<b>Shoulder/arm</b>		
<b>Elbow/forearm</b>		
<b>Wrist/hand/fingers</b>		
<b>Hip/thigh</b>		
<b>Knee</b>		
<b>Leg/ankle</b>		
<b>Foot/toes</b>		
<b>Functional</b> • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.<sup>b</sup> GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. <sup>c</sup>consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Name of medical provider (print/type)	Date	License/NPI Number
Address	Phone	
Signature of Medical Provider		
		MD/DO/NP/PA
		STAMP HERE

