

**ASOCIACIÓN DE ATLETÍSMO DE LAS  
ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE  
FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN  
EN DEPORTES**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

*Esta es una evaluación para la participación en deportes. No sustituye un examen detallado con el médico regular de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.*

**Instrucciones para el deportista:** Por favor, revise todas las preguntas junto con su parent/madre/tutor legal y contéstelas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe.

**Instrucciones para los padres de familia:** Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

**Instrucciones para los médicos:** Le recomendamos revisar cuidadosamente estas preguntas y aclare todas las respuestas que contesto con un "Sí" o "No sé"

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con un "Sí."	Sí	No	No sé
1. ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.?			
2. ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastilla?			
3. ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, latex)?			
4. ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?			
5. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una herida en la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?			
6. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una herida en la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?			
7. ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?			
8. ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUES de hacer ejercicio?			
9. ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?			
10. ¿Alguna vez el deportista se ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o una tos con el ejercicio?			
11. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?			
12. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?			
13. ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?			
14. ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?			

En el espacio de abajo explique todas sus respuestas donde contestó con un "Sí."	Sí	No	No sé
15. ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?			
16. ¿Alguna vez el deportista ha tenido una convulsión o ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones inexplicable?			
17. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un nervio pinchado, quemado o lastimado?			
18. ¿Alguna vez el deportista ha tenido problemas con sus ojos o de visión?			
19. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un esguince, dislocado, fracturado, roto o ha tenido inflamación repetida u otra herida en cualquier hueso o articulación?			
Cabeza      Hombro      Muslo      Cuello      Codo      Rodilla      Pecho      Cadera Antebrazo      Pantorrilla      Espalda      Muñeca      Tobillo      Mano      Pie			
20. ¿Alguna vez el deportista ha tenido un problema alimenticio o usted tiene alguna preocupación acerca de sus hábitos alimenticios o su peso?			
21. ¿Alguna vez el deportista ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?			
22. ¿El deportista ha tenido algún problema de salud desde su última evaluación?			
<b>HISTORIA FAMILIAR</b>			
23. ¿Algún miembro de la familia ha fallecido repentinamente o inesperadamente antes de los 50 años [Incluyendo el síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés, accidente de coche, ahogo)?			
24. ¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques, desmayos o convulsiones repentina?			
25. ¿El padre, madre o algún hermano(a) del deportista tienen la enfermedad de células falciformes (Falcemia)?			

Escriba acerca de las respuestas a las cuales contestó "Sí":

---



---



---

*Al firmar en la parte de abajo usted está indicando que está de acuerdo con que ha revisado y contestado todas las preguntas anteriores/ Cada pregunta es respondida y es correcta según mi conocimiento. Además, como parente de familia o tutor legal, doy mi consentimiento para esta evaluación y doy permiso para que mi hijo(a) participe en deportes.*

Firma del parente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

\*\*\*Nota: La evaluación física debe ser realizada por un médico, enfermera o asistente médico con licencia\*\*\*