EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)
FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____¿Con cuál género se identifica (opcional))? (F, M u otro):

¿Ha tenido COVID-19? (opcional) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis ☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

_____

_____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto 1	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación 1	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas 1	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado 1	0	1	2	3

(Una suma ≥3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	☐	☐
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	☐	☐
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	☐	☐

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (*CONTINUACIÓN*)	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	☐	☐
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?	☐	☐
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?	☐	☐
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	☐	☐
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?	☐	☐
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	☐	☐

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?	☐	☐	☐
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?	☐	☐	☐
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	☐	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		**Sí**	**No**
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		☐	☐
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		☐	☐
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		**Sí**	**No**
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		☐	☐
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		☐	☐
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		☐	☐
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		☐	☐

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?	☐	☐
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?	☐	☐
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	☐	☐
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes? — **No está seguro/a** ☐	☐	☐
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?	☐	☐
25. ¿Le preocupa su peso?	☐	☐
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?	☐	☐
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?	☐	☐
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?	☐	☐
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL (opcional) — **N/A** ☐	**Sí**	**No**
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?	☐	☐
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.