

EXAMEN FÍSICO DE PRE-PARTICIPACIÓN PARA ATLETAS DE IOWA

Por favor, rellene y firme este formulario (con sus padres si tiene menos de 18 años) antes de su cita.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del examen: _____

Deporte(s): _____

Domicilio (Calle, Ciudad, código postal): _____

Distrito Escolar: _____

Nombre de los padres/tutores: _____

Número de teléfono: _____

Médico de la familia: _____

Número de teléfono: _____

Historial de salud:

Mencione los problemas médicos actuales y pasados.

¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica? En caso afirmativo, mencione todas las intervenciones quirúrgicas anteriores.

Medicamentos y suplementos: Indique todos los medicamentos recetados, de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales).

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (a medicamentos, polen, alimentos, insectos que pican, etc.)

PHQ-4: En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marque con un círculo la respuesta)

	Para nada	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
Nerviosismo, ansiedad o inquietud.	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las dos subescalas [Preguntas 1 y 2, o Preguntas 3 y 4] a los fines del examen).

puntuación: _____

En la siguiente sección, si contesta "sí" a alguna pregunta, explique con más detalle en el espacio proporcionado al final de este formulario. Rodee con un círculo las preguntas cuya respuesta desconozca.

Preguntas Generales:

S N

- ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría hablar con su proveedor?
- ¿Le ha negado o restringido alguna vez un proveedor su participación en el deporte por algún motivo?
- ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?

Preguntas sobre la salud del corazón:

S N

- Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después del ejercicio?
- Ha tenido alguna vez molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?
- ¿Alguna vez se le ha sentido palpitaciones en el pecho o se ha saltado latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?
- ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón?
- ¿Le ha pedido alguna vez un médico que se haga una prueba del corazón? Por ejemplo, un electrocardiograma (ECG) o una ecocardiografía.
- ¿Se mareo o le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?

- ¿Tiene la presión arterial alta o el colesterol alto

Preguntas sobre su familia:

S N

- ¿Ha fallecido algún familiar o pariente por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluido ahogamiento o accidente de tráfico inexplicable)?
- ¿Algún miembro de su familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?
- ¿Algún miembro de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?
- ¿Algún miembro de su familia padece asma?

Preguntas sobre huesos y articulaciones:

S N

- ¿Ha tenido alguna vez una fractura de estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le haya hecho perderse un entrenamiento o un partido?
- ¿Se ha sometido a una radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada o fisioterapia por algún motivo?
- ¿Tiene alguna lesión ósea, muscular, ligamentosa o articular que le moleste?
- ¿Usa actualmente o ha usado en el pasado aparatos ortopédicos, ortesis o equipos de protección por cualquier motivo?

Pregunta médica:

S N

- ¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?
- ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o algún otro órgano?
- ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o una protuberancia o hernia dolorosa en la zona de la ingle?
- ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (SARM)?
- ¿Ha sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?
- ¿Ha tenido alguna vez una convulsión?
- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?
- ¿Ha tenido alguna vez entumecimiento, hormigueo, debilidad en brazos o piernas, o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas tras recibir un golpe o caerse?
- ¿Se ha puesto enfermo alguna vez al hacer ejercicio en condiciones de calor?
- ¿Tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? O alguien de su familia?
- ¿Ha tenido o tiene algún problema en los ojos o en la vista?
- ¿Le preocupa su peso?
- ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que gane o pierda peso?
- ¿Está siguiendo una dieta especial o evita determinados tipos o grupos de alimentos?
- ¿Ha padecido algún trastorno alimentario?

Sólo MUJERES:

S N

- ¿Ha tenido alguna vez la menstruación?
- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?
- ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?
- ¿Cuántas menstruaciones has tenido en los últimos 12 meses?

Explique aquí las respuestas afirmativas:

Declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del deportista: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

Examen físico *(Debe ser rellenado por el médico)*

Considere las preguntas adicionales a continuación:

S N

- ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
- ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
- ¿Ha probado alguna vez cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar o tabaco en polvo/ rape?
- ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?
- ¿Ha tomado medicamentos recetados que no eran suyos o fuera de su uso previsto?
- ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabolizantes o utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que le ayude a ganar o perder peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Utiliza cinturón de seguridad y casco?
- ¿Utiliza condones si tiene relaciones sexuales?

EXAMINATION

Height: _____ Weight: _____

BP: ____/____ (____/____) Pulse: _____ Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected Y / N

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse (MVP), and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose and throat <ul style="list-style-type: none"> • Pupils equal & Hearing 		
Lymph Nodes		
Heart <ul style="list-style-type: none"> • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> • Herpes Simplex Virus, lesions suggestive of MRSA or Tinea Corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder & Arm		
Elbow & Forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip & Thigh		
Knee		
Leg & Ankle		
Foot & Toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> • May include: Duck Walk, Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

- Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings or a combination of those.

Medical Eligibility Form

Student Athlete Name: _____ Date of Birth: _____ Date of Examination: _____

I acknowledge and give consent for a copy of this entire form to be kept in the student's school record. I agree that should student's health change in any way that would alter this form that I will inform the school as soon as possible.

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____

Shared Emergency Information *(To be filled out by athlete/athlete's caregiver)*

Allergies:

Medications:

Other Information:

Emergency Contacts:

<u>Name</u>	<u>Relationship</u>	<u>Contact Information</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Participation Eligibility *(To be filled out by medical provider)*

- Medically Eligible for sports without restriction.
- Medically Eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of:

- Medically eligible for certain sports:

- Not medically eligible pending further evaluation

- Not medically eligible for any sports

Recommendations:

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined in this form. A copy of the physical examination findings is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the provider may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional:
