



■ EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE ANTECEDENTES

Nota: complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen: _____ Deporte(s): _____

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexualidad): _____ ¿Cómo identifica su género? (F, M u otro): _____

Enumere las afecciones médicas pasadas y actuales. _____

¿Se ha sometido a alguna cirugía? Si la respuesta es sí, enumere todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido. _____

Medicamentos y suplementos: enumere todas las recetas médicas actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbarios y nutritivos).

¿Tiene alguna alergia? Si la respuesta es sí, enumere todas las alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, picaduras insectos).

Cuestionario de salud del paciente Versión 4 (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marcar con un círculo la respuesta).

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta	0	1	2	3
No ha sido capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

(Una suma de ≥ 3 se considera positiva en la subescala [las preguntas 1 y 2, o las preguntas 3 y 4] para propósitos de selección).

PREGUNTAS GENERALES (Explique las respuestas positivas ("Sí") al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		Sí	No
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			
2. ¿Alguna vez un proveedor negó o restringió su participación en algún deporte por alguna razón?			
3. ¿Tiene algún problema médico actual o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmaya durante o después de hacer ejercicio?			
5. ¿Alguna vez ha tenido incomodidad, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio?			
6. ¿Alguna vez su corazón late rápido, tiene palpitaciones en el pecho, o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene algún problema cardíaco?			
8. ¿Alguna vez un médico le solicitó una prueba para el corazón? Por ejemplo, un electrocardiograma (ECG) o una ecocardiografía.			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (CONTINÚA)		Sí	No
9. ¿Se siente mareado o con más dificultad para respirar que sus amigos durante el ejercicio?			
10. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?			
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
11. ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita repentina o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluida la muerte por ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?			
12. ¿Alguien de su familia tiene un problema genético del corazón, como una miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTC), síndrome de Brugada o Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?			
13. ¿A alguien de su familia le colocaron un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años de edad?			

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14.	¿Alguna vez ha tenido una fractura por fatiga o una lesión ósea, muscular, del ligamento, articulación o del tendón que le haya hecho faltar a un entrenamiento o juego?		
15.	¿Tiene una lesión ósea, muscular, de ligamento o articulación que le moleste?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
16.	¿Durante o después del ejercicio tose, tiene una respiración sibilante o dificultad para respirar?		
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (hombres), el bazo o algún otro órgano?		
18.	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
19.	¿Tiene alguna erupción cutánea recurrente o que van y vienen, incluidos los herpes o <i>staphylococcus aureus resistente a la meticilina</i> (SARM)?		
20.	¿Ha tenido una contusión cerebral o una lesión en la cabeza que haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21.	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o no ha podido mover sus brazos o piernas después de haberse golpeado o caído?		
22.	¿Alguna vez se ha sentido descompuesto mientras hacía ejercicio al calor?		
23.	¿Usted o alguien de su familia tiene rasgo drepanocítico o anemia falciforme?		
24.	¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema de visión o con sus ojos?		

PREGUNTAS MÉDICAS (CONTINUÍA)		Sí	No
25. ¿Se preocupa por su peso?			
26. ¿Está tratando de subir o bajar de peso o alguien le ha recomendado hacerlo?			
27. ¿Lleva una dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?			
SOLO MUJERES		Sí	No
29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?			
30. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo su período?			
31. ¿Cuándo fue su último período menstrual?			
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?			

Explique las respuestas positivas ("Sí") aquí.

[illegible]

Por este medio afirmo que, según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del deportista: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____