CUESTIONARIO MÉDICO DE MIAA RECOMENDADO PARA CANDIDATO DEPORTIVO

(Referencia MIAA Regla 56)

PARTE A *~ HISTORIAL* **FECHA de EXAMEN _____**

Nombre del Estudiante Género_____Edad_____Fecha de Nacimiento _____

Grado _____ Escuela _____ Deporte(s)_____

Dirección _____ Tel _____

Médico _____ Tel _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre Relación Tel (H) (T)

EXPLIQUE LAS RESPUESTAS ¨SÍ¨ DE ABAJO. HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE PREGUNTAS QUE NO PUEDA RESPONDER

		SÍ	NO
1.	¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo o examen físico para deporte?	o	o
2.	¿Alguna vez ha sido hospitalizado toda la noche?	o	o
3.	¿Alguna vez ha tenido cirugía?	o	o
4.	¿Le falta o está enfermo, algún órgano pareado?	o	o
5.	Actualmente, ¿está usted tomando algún medicamento prescrito o sin prescripción, o pastillas, o utilizando un inhalador?	o	o
6.	¿Ha tomado alguna vez cualquier suplemento o vitaminas para ayudarlo a subir o bajar de peso, o para mejorar su desempeño?	o	o
7.	¿Sufre usted de alergias (por ejemplo, polen, medicamentos, comida o picadura de insectos)?	o	o
8.	¿Alguna vez ha tenido una erupción o urticaria, desarrollada durante o después del ejercicio?	o	o
9.	¿Alguna vez se ha desmallado durante o después del ejercicio?	o	o
10.	¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después del ejercicio?	o	o
11.	¿Alguna vez ha sentido dolor de pecho, durante o después del ejercicio?	o	o
12.	¿Se cansa usted con mayor rapidez que sus amigos, durante el ejercicio?	o	o
13.	¿Alguna vez ha sentido el corazón acelerado o latido del corazón intermitente?	o	o
14.	¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	o	o
15.	¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo?	o	o
16.	¿Algún miembro de su familia o familiar ha tenido problemas cardiacos o muerto repentinamente antes de cumplir 50 años?		
17.	¿Ha tenido una infección viral severa (por ejemplo: miocarditis o mononucleosis) durante este pasado mes?	o	o
18.	¿Alguna vez un médico le ha prohibido o restringido su participación en deportes por algún problema cardiaco?	o	o
19.	¿Tiene algún problema actual de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	o	o
20.	¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	o	o
21.	¿Alguna vez ha sido noqueado, perdido el conocimiento, o ha perdido su memoria?	o	o
22.	¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	o	o
23.	¿Tiene usted dolores de cabeza frecuentes o severos?	o	o
24.	¿Alguna vez ha tenido adormecimiento u hormigueo en sus brazos, manos, piernas o pies?	o	o
25.	¿Alguna vez has tenido un aguijón, un quemador o un	o	o
26.	¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?	o	o

		SÍ	NO
30.	¿Utiliza algún equipo o dispositivo de protección o corrección especial que no se use generalmente para su deporte o posición (por ejemplo, rodillera, cuello especial, ortesis para pies, retenedor en sus dientes, audífono)?	o	o
31.	¿Alguna vez ha tenido problemas con sus ojos o visión?	o	o
32.	¿Usa lentes, lentes de contacto o gafas protectoras?	o	o
33.	¿Alguna vez ha tenido un esguince, tensión o		
34.	hinchazón después de una lesión?	o	o
35.	¿Se ha roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	o	o
36.	¿Ha tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique a continuación:	o	o

Cabeza	☐ Codo	☐ Cadera
Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
Pecho	☐ Mano	☐ Espinilla
Hombro	☐ Dedo	☐ Tobillo
	Parte superior del brazo	☐ Pie

37.	¿Quieres pesar más o menos que ahora?	o	o
38.	¿Pierde peso regularmente para cumplir con los requisitos de peso para su deporte?	o	o
39.	¿Te sientes estresado?	o	o

Registre las fechas de sus vacunas más recientes (vacunas) para:

Tétano_____Sarampión _____

Hepatitis B Varicela

FÉMINAS SOLAMENTE:

40. ¿Cuándo fue tu primer período menstrual?_____
41. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?_____
42. ¿Cuánto tiempo suele tener desde el comienzo de un período hasta el comienzo de otro?_____
43. ¿Cuántos periodos has tenido en el último año? _____
44. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos en el último año?

Explique las respuestas de "Sí" aquí:

_____

_____

_____

_____

_____

(Continuado)

27.	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar, durante o después de la actividad?	o	o	_____
28.	¿Tiene usted asma?	o	o	_____
29.	¿Tiene alergias estacionales que requieren tratamiento médico?	o	o	

POR LA PRESENTE DECLARO QUE HASTA DONDE YO SÉ, MIS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON COMPLETAS Y CORRECTAS.

Firma del Atleta/Fecha_____Firma de Padre/Madre/Tutor/Fecha _____

PARTE B ~ EXAMEN FÍSICO **FECHA del EXAMEN_____**

ESTUDIANTE *(Letra de Molde Por favor)*_____ Fecha de Nacimiento _____

Estatura _____ Peso_____% Grasa Corporal (*opcional)* ___ Pulso_____PA_____/ _____ (_____/_____,_____/_____)

Ojos: D20/ _____ I20/ _____ Corregidos: S N Pupilas: Iguales_____Desiguales_____

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			
Nódulos Linfáticos			
Corazón			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres)			
Piel			
MUSCULOESQUELETAL			
Cuello			
Espalda			
Hombro/Brazo			
Codo/Antebrazo			
Muñeca/Mano			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie			

** Examen basado sólo en la estación*

PART C ~Alta/Acreditación

Alta/Acreditación, después de completar la evaluación / rehabilitación para: _____

_____

_____

_____

Sin autorización médica para:_____Razón: _____

_____

_____

FECHA del EXAMEN _____

Nombre del Médico *(Letra de Molde Por favor):* _____

Firma del Médico:_____Fecha:_____

Dirección:_____Tel:_____

Revisado 6/17/13