



ESCUELA DE LA COMUNIDAD ESPECIALIZADA EN DEPORTES
EN EL ALBERGUE OLIMPICO - EUGENIO GUERRA CRUZ
SALINAS, PUERTO RICO

INFORME DE CONDICION FÍSICA 2019-2020

Para ser completado por padre, madre o tutor legal

Estudiante: _____, _____				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Inicial
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento: día _____ / mes _____ / año _____	Deporte:

Instrucciones: Conteste las preguntas marcando Si ó No con . De contestar afirmativamente, explique.

Preguntas	Si	No	Preguntas	Si	No
¿Ha tenido alguna enfermedad desde su último examen físico? ¿Cuál? _____			¿Ha tenido alguna lesión?		
¿Padece de alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____			¿Padece de alguna alergia? (Ej. al polen, medicamentos, comidas o picadas de insectos)		
¿Ha estado hospitalizado? Razón _____			¿Es alérgico algún medicamento o alimento? Mencione: _____		
¿Toma medicamento recetado? ¿Cuál? _____			¿Padece de alergias por temporadas que requiera tratamiento médico?		
¿Toma suplementos o vitaminas? ¿Cuál? _____			¿Toma medicamentos sin receta? ¿Cuál? _____		
¿Ha tomado medicamentos para mejorar su rendimiento?			¿Ha tenido la presión sanguínea alta o colesterol alto?		
¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio?			¿Ha tenido alguna infección viral severa? (Ej. miocarditis, mononucleosis) en los últimos meses		
¿Ha sentido mareos durante o después del ejercicio?			¿Tiene al presente algún problema en la piel? (Ej: picor, urticaria, acné, verrugas, hongos)		
¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?			¿Ha tenido alguna vez una lesión o golpe fuerte en la cabeza?		
¿Ha tenido el ritmo del corazón acelerado o latidos fuera del ritmo normal?			¿Ha sido noqueado?		
¿Se le ha diagnosticado soplo del corazón?			¿Ha estado inconsciente?		
¿Algún familiar cercano ha muerto del corazón?			¿Alguna vez ha perdido la memoria?		
¿Algún familiar cercano menor de 50 años padece de enfermedades cardiacas?			¿Ha tenido alguna vez convulsiones?		
¿Le ha negado o restringido la participación en deportes por algún problema del corazón?			¿Tiene o ha tenido dolores de cabeza frecuentes o severos?		
¿Ha tenido adormecimiento y hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?			¿Ha sufrido algún desmayo o cualquier otro síntoma relacionado a exposición al calor durante el ejercicio?		
Usa algún equipo o aditamento para su deporte (Ej. rodilleras, cuellera, retenedor de dientes o audífonos) Mencione: _____			¿Ha sufrido algún episodio de calambre, durante el ejercicio?		
¿Usted tose, sibila (pito en el pecho) o tiene problemas al respirar durante o después de actividad física?			¿Ha tenido o tiene algún problema con los ojos o con la visión?		
¿Ha tenido alguna vez un nervio pinchado?			¿Usa espejuelos, lentes de contacto o protectores de ojos?		
¿Ha tenido esguince (rotura de ligamentos)?			¿Quieres bajar o subir de peso?		
¿Padece de Asma?			¿Alguna vez ha tomado medicamentos para ayudarlo a perder o ganar peso?		
¿Ha sufrido fractura de algún hueso?			¿Te sientes con estrés?		
			¿Ha tenido inflamación después de una lesión?		

¿Ha tenido problemas con dolor o hinchazón de músculos, tendones, huesos o articulaciones? Si contestó SI, marque en donde:

cabeza codo cadera brazo cuello rodilla muñeca muslo
mano espalda pie pecho tobillo hombro dedo pantorrilla
antebrazo

Solamente Fémimas:

¿Cuándo fue su primer período menstrual? _____
 ¿Cuándo fue su más reciente período menstrual? _____
 ¿Cuánto tiempo tarda comúnmente desde el comienzo de un período al comienzo del otro? _____
 ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____
 ¿Cuánto fue el tiempo más largo entre período en el último año? _____

Yo certifico que en mi mayor conocimiento, las contestaciones a las preguntas completadas arriba son y correctas.

Firma del Atleta

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal



ESCUELA DE LA COMUNIDAD ESPECIALIZADA EN DEPORTES
EN EL ALBERGUE OLIMPICO - EUGENIO GUERRA CRUZ
SALINAS, PUERTO RICO

EXAMEN FISICO 2018-2019

Debe ser completado por el pediatra o médico de cabecera del estudiante.

Estudiante:				
_____		_____		_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento: día _____ / mes _____ / año _____	Deporte:

Favor completar la siguiente información:

Presión _____ Peso Corporal _____ Estatura _____ Pulso _____ Peso de competencia _____

Visión O.U. _____ Visión O.D. _____ Visión O.S. _____

Favor completar la siguiente información utilizando la siguiente escala:

N = Normal NE= No examinado A= Anormal

	N	NE	A		N	NE	A
Apariencia general				Reflejos			
Ojos				Bicipital			
Oídos				Braquioradial			
Nariz / septo				Tricipital			
Boca / Garganta				Patelar			
Cuello / Tiroides				Aquileano			
Linfáticos				Musculoesqueletal			
Pecho / Pulmones				Espalda / Columna			
Senos / Tanner				Mano / Muñeca			
Cardiovascular				Antebrazo			
Adbomen / Hernias				Codo			
Genitalia / Tanner – Pélvico PAP				Brazo			
Reotal				Hombro			
Piel/ Marcas congénitas				Cadera			
Neurológico				Muslo			
Nervios Craniales				Rodilla			
Motor				Pierna			
Sensorial				Tobillo			
Coordinación				Pie			
				Flexibilidad General			

Historial de Lesiones Si NO

Fecha Mes/Año	Área afectada (especifique)	Mecanismo Trauma / Sobreuso	Clasificación (Piel, Tendón, Músculo, Articulación, Ligamento Hueso)	Situación Competencia Entrenamiento Otros	Secuela Si / No

Problemas identificados:

Recomendaciones:

Disposición: Participación No participación

Nombre del Médico _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ #Lic _____