

INFORME DE CONDICIÓN FÍSICA AÑO ESCOLAR 20__-20__

Estudiante:		Apellido Paterno _____, _____		Nombre _____		Inicial _____	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento: _____ / 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 cardíacas?			¿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, cullera, 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 ayudarle 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 cuál

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 Atletas

Firma del Padre o Tutor