



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:
Plan Médico:		No. Póliza Plan:		Médico de cabecera:

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 _____ Hora _____

Firma _____ # Licencia _____