



## INFORME DE CONDICION FÍSICA 20\_\_-20\_\_

Para ser completado por padre, madre o tutor legal

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

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

| Preguntas  | Si | No |
|--|----|----|
| ¿Ha tenido alguna enfermedad desde su último examen físico? ¿Cuál? _____   |    |    |
| ¿Padece de alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____   |    |    |
| ¿Ha estado hospitalizado? Razón _____  |    |    |
| ¿Toma medicamento recetado? ¿Cuál? _____   |    |    |
| ¿Toma suplementos o vitaminas? ¿Cuál? _____  |    |    |
| ¿Ha tomado medicamentos para mejorar su rendimiento?   |    |    |
| ¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio?  |    |    |
| ¿Ha sentido mareos durante o después del ejercicio?  |    |    |
| ¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?   |    |    |
| ¿Ha tenido el ritmo del corazón acelerado o latidos fuera del ritmo normal?  |    |    |
| ¿Se le ha diagnosticado soplo del corazón?   |    |    |
| ¿Algún familiar cercano ha muerto del corazón?   |    |    |
| ¿Algún familiar cercano menor de 50 años padece de enfermedades cardiacas?   |    |    |
| ¿Le ha negado o restringido la participación en deportes por algún problema del corazón?                                   |    |    |
| ¿Ha tenido adormecimiento y hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?  |    |    |
| Usa algún equipo o aditamento para su deporte (Ej. rodilleras, cuellera, retenedor de dientes o audífonos) Mencione: _____ |    |    |
| ¿Usted tose, sibila (pito en el pecho) o tiene problemas al respirar durante o después de actividad física?                |    |    |
| ¿Ha tenido alguna vez un nervio pinchado?  |    |    |
| ¿Ha tenido esguince (rotura de ligamentos)?  |    |    |
| ¿Padece de Asma?   |    |    |
| ¿Ha sufrido fractura de algún hueso?   |    |    |

| Preguntas  | Si | No |
|--|----|----|
| ¿Ha tenido alguna lesión?  |    |    |
| ¿Padece de alguna alergia? (Ej. al polen, medicamentos, comidas o picadas de insectos)                     |    |    |
| ¿Es alérgico algún medicamento o alimento? Mencione: _____   |    |    |
| ¿Padece de alergias por temporadas que requiera tratamiento médico?  |    |    |
| ¿Toma medicamentos sin receta? ¿Cuál? _____  |    |    |
| ¿Ha tenido la presión sanguínea alta o colesterol alto?  |    |    |
| ¿Ha tenido alguna infección viral severa? (Ej. miocarditis, mononucleosis) en los últimos meses            |    |    |
| ¿Tiene al presente algún problema en la piel? (Ej: picor, urticaria, acné, verrugas, hongos)               |    |    |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión o golpe fuerte en la cabeza?  |    |    |
| ¿Ha sido noqueado?   |    |    |
| ¿Ha estado inconsciente?   |    |    |
| ¿Alguna vez ha perdido la memoria?   |    |    |
| ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?  |    |    |
| ¿Tiene o ha tenido dolores de cabeza frecuentes o severos?   |    |    |
| ¿Ha sufrido algún desmayo o cualquier otro síntoma relacionado a exposición al calor durante el ejercicio? |    |    |
| ¿Ha sufrido algún episodio de calambre, durante el ejercicio?  |    |    |
| ¿Ha tenido o tiene algún problema con los ojos o con la visión?  |    |    |
| ¿Usa espejuelos, lentes de contacto o protectores de ojos?   |    |    |
| ¿Quieres bajar o subir de peso?  |    |    |
| ¿Alguna vez ha tomado medicamentos para ayudarle a perder o ganar peso?                                    |    |    |
| ¿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



## EXAMEN FISICO 20\_\_-20\_\_

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

|  |             |                        |   |                |
|--|-------------|------------------------|---|----------------|
| Estudiante:  |             |                        |   |                |
| Apellido Paterno _____   |             | Apellido Materno _____ |   | Nombre _____   |
|  |             |                        |   | Inicial _____  |
| Sexo:<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Edad: _____ | Grado: _____           | Fecha de nacimiento:<br>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 |
|----------------------------------|---|----|---|----------------------|---|----|---|
| <b>Apariencia general</b>        |   |    |   | <b>Reflejos</b>      |   |    |   |
| Ojos                             |   |    |   | Bicipital            |   |    |   |
| Oídos                            |   |    |   | Braquioradial        |   |    |   |
| Nariz / septo                    |   |    |   | Tricipital           |   |    |   |
| Boca / Garganta                  |   |    |   | Patelar              |   |    |   |
| Cuello / Tiroides                |   |    |   | Aquileano            |   |    |   |
| Linfáticos                       |   |    |   | Musculosqueletal     |   |    |   |
| 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<br>Mes/Año | Área<br>afectada<br>(especifique) | Mecanismo<br>Trauma /<br>Sobreuso | Clasificación<br>(Piel, Tendón, Músculo,<br>Articulación, Ligamento<br>Hueso) | Situación<br>Competencia<br>Entrenamiento<br>Otros | Secuela<br>Si / No |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------|
|                  |                                   |                                   |   |  |                    |
|                  |                                   |                                   |   |  |                    |
|                  |                                   |                                   |   |  |                    |

**Problemas identificados:**

\_\_\_\_\_

**Recomendaciones:**

\_\_\_\_\_

Disposición: Participación  No participación

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ #Lic \_\_\_\_\_