



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

INFORME DE CONDICION FÍSICA 2024-2025

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
¿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 ayudarlo 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



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

EXAMEN FISICO 2024-2025

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 _____