



## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica (opcional)? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido COVID-19? (opcional) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (opcional): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis

☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

#### Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

|                                                                                       | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Se siente nervioso, ansioso o inquieto 1 <input checked="" type="radio"/>             | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| No es capaz de detener o controlar la preocupación 1 <input checked="" type="radio"/> | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas 1 <input checked="" type="radio"/> | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Se siente triste, deprimido o desesperado 1 <input checked="" type="radio"/>          | 0          | 1           | 2                           | 3                   |

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

| PREGUNTAS GENERALES                                                                                                                                                   |                          | Sí                       | No                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta). |                          |                          |                          |
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR                                                                                                                               |                          | Sí                       | No                       |
| 4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)                                                                                                 |                          | Sí                       | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No está seguro/a         | Sí                       | No                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sí                       | No                       |                          |
| 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sí                       | No                       |                          |
| 16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)                                                                                                                           | Sí                       | No                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Le preocupa su peso?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL (opcional)                                                                                                                              | N/A                      | Sí No                    |
| 29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?                                                                                                                    |                          |                          |
| 31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?                                                                                                                           |                          |                          |
| 32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?                                                                                                         |                          |                          |

**Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".**

---



---



---



---



---



---

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_