

NOTA: Este formulario debe ser diligenciado por el paciente y padre / madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente

Fecha de examen:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Grado:

Escuela:

Deporte(s):

medicamentos y alergias por favor, indica todos los medicamentos con o sin receta medica y suplementos (horarios y nutricionales) que esta tomando actualmente.

Tiene alergias: SI NO Si la respuesta es si, por favor indica abajo la alergia especifica.
 Medicamentos Polen Comida Picadura de Insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "SI ". Pon un circulo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	SI	NO
1. ¿Alguna vez un doctor le ha prohibido o limitado tu participaci3n en deportes, por alguna raz3n?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condici3n m3dica?, si es asi, por favor identificala abajo Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otros _____		
3. ¿Ha sido ingresado alguna vez al hospital?		
4. ¿Has tenido cirugías alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZ3N	SI	NO
5. ¿Te has desmayado alguna vez DURANTE o DESPUES de la actividad fisica?		
6. ¿Haz tenido alguna vez molestias, dolor o presi3n en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿ alguna vez haz sentido que tu coraz3n se acelera o tienes latidos irregulares cuando hace ejercicios?		
8.¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tiene problemas de coraz3n? Si es asi, marca el que sea. <input type="checkbox"/> Presi3n Alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el coraz3n <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infecci3n en el coraz3n <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor le ha pedido que le hagas pruebas de coraz3n?, por ejemplo (Electrocardiograma, Ecocardiograma).		
10.¿Te sientes mareado o le falta el aire m3s de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11.¿ Haz tenido alguna convulsi3n inexplicable?		
12.¿Te cansas m3s o te falta el aire con m3s r3pidez que a tus amigos cuando haces ejercicios		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZON DE TU FAMILIA	SI	NO
13. ¿Haz tenido algun familiar que ha fallecido a causa de problemas de coraz3n o que haya fallecido de manera inexplicable antes de la edad de 50 a3os (incluyendo ahogo, accidente de tr3fico, o sindrome de muerte subita infantil)?		
14.¿Sufre alguien de su familia de cardiomiopatía hipetr3fica, sindrome de marlam, cardiomiopatía ventricular derecha, s3ndrome de QT corto, sindrome de brugada, taquicardia ventricular, polimorfica.		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de coraz3n, marcapasos 3 desfibrilador implantado en su coraz3n?		
16.¿Ha sufrido alguien de su familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables o casi se ha ahogado		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	SI	NO
17. ¿Alguna vez haz perdido un entrenamiento o partido por que te habias lesionado un hueso, musculo, ligamento o tendon?		
18.¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulaci3n?		
19.¿Ha sufrido alguna vez una lesi3n que haya requerido radiografías, resonancias, monografía, inyecci3nes, ter3pia, un soporte ortopedico, yeso 3 muletas?		
20. ¿Ha sufrido alguna vez una fractura por estr3s?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o haz tenido una radiografía para diagnosticar una inestabilidad de cuello, sindrome de Down 3 enanismo?		
22. ¿Usas irregularmente una tablilla o soporte ortopedico, protesis u otro dispositivo de asistencia		
23.¿Tienes una lesi3n en un hueso, m3sculo o articulaci3n que te este molestando?		
24. ¿Alguna de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se siente caliente, o se ven enrojecidas?		
25.¿Tienes historial de artritis juvenil 3 enfermedad del tejido conectivo?		



América
Pasión de un pueblo

Academia de Fútbol América de Cali S.A

Calle 18a No. 132-60

301-2649146

www.americadecali.com