



¿Ha tenido o tiene algún trastorno de la sangre como anemia, enfermedad de células falciformes, sangrado anormal, trastorno de la coagulación u otro trastorno sanguíneo?

SI NO

--	--

¿Tiene o ha tenido infecciones recurrentes, como VIH/SIDA, leucemia o usa algún medicamento inmunosupresor?

--	--

¿Presenta problemas de piel como erupciones, infecciones (hongos) u otros problemas de la piel?

--	--

¿Tiene o ha tenido enfermedad renal o vesical como sangre en la orina, dolor lumbar, cálculos en los riñones, micción frecuente o ardor al orinar?

--	--

¿Tiene o ha tenido enfermedad gastrointestinal como acides, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pérdida de peso (mayor a 5kg), cambios en los hábitos intestinales, diarrea crónica, sangre en las heces. Enfermedad de vesícula, hígado o páncreas?

--	--

¿Ha tenido accidentes cerebrovasculares, accidente isquémico transitorio, dolores de cabeza más frecuentes y más severos, epilepsia, depresión, ataques de ansiedad, hormigueos, debilidad muscular, pérdida de la sensibilidad o fatiga crónica?

--	--

¿Ha tenido enfermedades como diabetes mellitus, alteración de la tiroides o hipoglicemia?

--	--

¿Ha tenido infecciones como meningitis, hepatitis (ictericia) o varicela?

--	--

¿Ha tenido artritis o dolor de las articulaciones, hinchazones y enrojecimiento no relacionados con lesiones?

--	--

¿Le falta un riñón o cualquier otro órgano par?

--	--

¿Ha tenido alguna lesión de un órgano interno como el hígado, bazo, riñones o pulmones?

--	--

¿Ha sido operado alguna vez?

--	--

Si la respuesta es "Si", indique el tipo de operación: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente con alteración del estado de conciencia?

--	--

### Antecedentes Familiares

Algún miembro de su familia menor de 50 años tiene antecedentes de lo siguiente:

SI NO

Muerte súbita sin razón aparente?

--	--

Desmayo inexplicable o convulsiones

--	--

Fallecimiento antes de los 50 años debido a una enfermedad del corazón?

--	--

Síntomas de enfermedad cardíaca?

--	--

Problemas cardíacos como: arritmias cardíacas, aumento de tamaño del corazón, cardiomiopatía, cirugía cardíaca, marcapasos o desfibrilador?

--	--

Presión alta o colesterol alto?

--	--

Alteraciones en la coagulación, rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?

--	--

Tuberculosis o hepatitis?

--	--

¿Reacciones adversas a los anestésicos?

--	--

¿Otra condición, como accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, artritis?

--	--

Si la respuesta es "Si", describir la condición: \_\_\_\_\_

¿Desconoce su historia familiar?

--	--

### SOLO MUJERES

SI NO

¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?

--	--

¿A qué edad tuvo su primer período menstrual? \_\_\_\_\_

¿Tiene ciclos menstruales regulares?

--	--

Cuántos ciclos menstruales tuvo en el último año? \_\_\_\_\_

¿Fecha de su período menstrual más reciente? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una fractura por estrés en el pasado?

--	--

Alguna vez le ha sido identificado un problema a nivel óseo, como densidad ósea baja (osteopenia u osteoporosis)?

--	--

¿Está usted tomando hormonas femeninas (estrógenos, progesterona, píldoras anticonceptivas)?

--	--

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia u otra infección?

--	--

**SOLO HOMBRES**

¿Tiene dos testículos normales?

**SI NO**


¿Alguna vez ha tenido una hernia o hinchazón alrededor de los testículos (varicocele, hidrocele)?

¿Alguna vez ha tenido una lesión en un testículo?

¿Alguna vez ha sido operado de un testículo no descendido, lesión u otro problema testicular?

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia u otra infección?

**Cabeza y cuello**

**SI NO**

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas relacionados con su cabeza o cuello?

¿Lesión en los ojos u otros problemas con su visión?

¿Dolores de cabeza con el ejercicio?

¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos y las piernas o ha sido incapaz de mover los brazos o las piernas después de golpearse o caerse?

¿Tiene, o le han realizado una radiografía por inestabilidad del cuello? (atlantoaxial)

¿Ha tenido una lesión en los dientes?

¿Tiene algún diente cariado, perdido o suelto?

¿Tiene una prótesis dental o aparato?

¿Le han retirado sus cordales?


**Lesiones**

**SI NO**

¿Alguna vez ha tenido una lesión en cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluyendo una conmoción cerebral, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza debido a un golpe en la cabeza)?

Ha tenido un problema o una lesión como un esguince, desgarro muscular o ligamentario, tendinitis, hueso fracturado, fractura por estrés o lesión de las articulaciones (que le hizo perder una práctica o competencia) en cualquiera de las siguientes áreas de su cuerpo?:

Cuello o columna vertebral (incluyendo "latigazo cervical")

Espalda superior (columna torácica)

Espalda baja (columna lumbar)

Tórax y/o costillas

Área del hombro

Brazo

Codo

Antebrazo

Muñeca

Mano o los dedos

Pelvis, cadera o ingle (incluyendo hernia deportiva)

Muslo (incluyendo isquiotibiales y cuádriceps)

Rodilla

Pierna (pantorrilla o espinilla)

Tobillo

Pie, talón o dedos del pie


**Otros**

**SI NO**

Pruebas - Si no se ha mencionado anteriormente, ¿ha tenido alguna otra prueba o examen por cualquier lesión o enfermedad, que incluyan análisis de sangre, rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, gammagrafía ósea, ultrasonido, electroencefalograma (EEG), electromiografía (EMG), estudios de conducción nerviosa (NCS), electrocardiograma (ECG / EKG), ecocardiograma (eco), prueba de esfuerzo u otras pruebas?

Si la respuesta es "Si", indicar la prueba: \_\_\_\_\_

--	--

**Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para cualquier enfermedad?:**

¿Cirugía?

SI NO


¿Le han prescrito un corsé, yeso, bota para caminar, órtesis, muletas u otro aparato?

¿Inyección de cortisona?

¿Le han prescrito otro tipo de rehabilitación o terapia?

De ser "Si", indique el tipo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has pasado la noche en un hospital o ha sido internado en un hospital como paciente?


¿Ha sido remitido a un médico especialista (cardiólogo, neurólogo u otro médico) para cualquier condición mencionada antes?

**Equipo**

¿Usa anteojos o lentes de contacto?

SI NO

--	--

¿Utiliza actualmente alguno de los siguientes equipos de protección?:

- ¿Gafas de protección?

- ¿Equipo especial (almohadillas, abrazaderas, etc.)?

- ¿Protector bucal?

- ¿Usa casco?


Si la respuesta es "Si", indique desde hace cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

**Nutrición**

¿Le preocupa su peso o composición corporal?

SI NO


¿Está satisfecho con su patrón de alimentación?

¿Es usted vegetariano?

¿Pierde peso para cumplir con los requisitos de peso para su deporte?

¿Su peso afecta la forma en que se siente sobre Ud. mismo?

¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad que come?

¿Le produce náuseas cuando está incómodamente lleno?

¿Ha comido alguna vez a escondidas?

¿Actualmente sufre o ha sufrido de trastornos en la alimentación?

**Discusión**

¿Tiene alguna otra preocupación que le gustaría discutir con un médico?

SI NO

--	--

De ser "Si", explicar:

--

Por la presente declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Deportista	Padre/Madre/Apoderado
Firma	Firma