

**DISTRITO ESCOLAR DE PASCO  
HISTORIAL DE PARTICIPACIÓN PREVIA Y EXAMEN FÍSICO**

**ENTIENDO QUE LA EXENCIÓN TOTAL DE PROBLEMAS DE SALUD NO PUEDE SER  
GARANTIZADA POR EL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN FÍSICO REGISTRADO AL DORSO.**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: **X** \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ DEPORTE: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

- | Si                           | No                       |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna enfermedad/lesión recientemente, o tienes una enfermedad/ lesión ahora?                                  |
| 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido un problema médico, enfermedad o lesión desde tu último examen?   |
| 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna enfermedad crónica o recurrente?   |
| 4. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna enfermedad que duró más de una semana?  |
| 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido hospitalizado alguna vez por una noche completa?  |
| 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna cirugía además de la amigdalectomía (operación de las anginas)?  |
| 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión que haya requerido tratamiento médico?   |
| 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Has perdido algunos de tus órganos además de las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)?                        |
| 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ¿Estás tomando actualmente algún medicamento (incluyendo píldora anticonceptiva, vitaminas, aspirina, etc.)?                |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes CUALQUIER alergia (medicinas, abejas, comida, u otros factores)? _____  |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez dolor de pecho, mareo, desmayo, desvanecimiento durante o después del ejercicio?                     |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te cansas más fácil o rápidamente que tus amigos durante el ejercicio?   |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez algún problema con tu presión arterial o tu corazón?   |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas de corazón, infarto o muerte repentina antes de la edad de 50?                  |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes algún problema de la piel (acné, comezón, erupciones, etc.)?  |
| 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez desmayos, convulsiones, ataques o mareos severos?  |
| 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolores de cabeza severos frecuentes?   |
| 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un nervio pellizcado que te cause ardor o picazón?   |
| 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te han dejado noqueado o inconsciente alguna vez?  |
| 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión en el cuello o en la cabeza?   |
| 21. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez agotamiento por calor, insolación, espasmo muscular o problemas similares relacionados con el calor? |
| 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido asma, o dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio?   |
| 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes de protección?  |
| 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión?   |
| 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas cualquier aparato dental como frenos, puente, dentadura postiza, o retenedor?   |
| 26. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de rodilla?   |
| 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de tobillo?   |
| 28. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te has lastimado alguna vez alguna otra articulación (hombro, muñeca, dedos, etc.)?  |
| 29. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un hueso roto (fractura)?  |
| 30. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez que ser enyesado, entablillado, o has tenido que usar muletas?                                       |
| 31. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes que usar equipo especial para competir(almohadillas, aparatos ortopédicos, collarín, etc.)?                         |
| 32. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han pasado más de 5 años desde que se te administró la última dosis de refuerzo contra el tétano?                          |
| 33. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te preocupa tu peso?   |
| 34. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUJERES: ¿Tienes algún problema menstrual?  |
| 35. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna preocupación médica con respecto a la participación en los deportes?   |

\*\*\*\*\* EL ATLETA NO DEBE ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA \*\*\*\*\*

**NEED EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):**

---



---



---



---



---