

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Sí	No
11. ¿Algún miembro 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"/>
12. ¿Algún miembro 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"/>
13. ¿Algún miembro de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Sí	No
14. ¿Algún 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"/>
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
20. ¿Algún 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. ¿Algún 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. ¿Algún vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Algún 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. ¿Algún vez sufrió un desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

2023 Este formulario ha sido modificado para uso de la GHSA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 	<input type="checkbox"/>	
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 	<input type="checkbox"/>	
Lymph nodes	<input type="checkbox"/>	
Heart ^o <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 	<input type="checkbox"/>	
Neurological	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck	<input type="checkbox"/>	
Back	<input type="checkbox"/>	
Shoulder and arm	<input type="checkbox"/>	
Elbow and forearm	<input type="checkbox"/>	
Wrist, hand, and fingers	<input type="checkbox"/>	
Hip and thigh	<input type="checkbox"/>	
Knee	<input type="checkbox"/>	
Leg and ankle	<input type="checkbox"/>	
Foot and toes	<input type="checkbox"/>	
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 	<input type="checkbox"/>	

^o Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

 Medically eligible for certain sports

 Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____