

CUESTIONARIO MÉDICO A REALIZAR PREVIO AL EXAMEN MÉDICO Y PRÁCTICA DEPORTIVA

Junto con este cuestionario se deberán aportar informes médicos anteriores que puedan aportar información sobre el estado de salud del deportista.

DATOS PERSONALES

Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
DNI:	Teléfono:
Domicilio:	
Teléfono para urgencias:	Obra social o centro para asistencia:
Correo electrónico:	

DATOS DEPORTIVOS

Deporte:	Nivel de competición:
Años de práctica de este deporte:	Horas dedicación diaria hasta ahora:
Número de días a la semana de entrenamiento	Otros deportes o actividades físicas practicadas:

HISTORIA MÉDICA: Marca la opción que corresponda con tus antecedentes. Rodea con un círculo las preguntas que no entiendas y explica aquellas a las que contestes afirmativamente en el espacio reservado al final.

ENFERMEDADES

		SI	NO
0 1	¿Has padecido alguna enfermedad o lesión desde el último reconocimiento médico?		
	DETALLE:		

0 2	¿Padeces alguna enfermedad actual o crónica? DETALLE:		
0 3	¿Has permanecido hospitalizado más de 1 día en alguna ocasión? DETALLE:		
0 4	¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica? DETALLE:		
0 5	¿Te han hecho alguna transfusión de sangre? DETALLE:		
0 6	¿Tomas actualmente algún medicamento, pastillas o utilizas algún inhalador? DETALLE:		
0 7	¿Has tomado en alguna ocasión suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar tú rendimiento? DETALLE:		
0 8	¿Eres alérgico (al polen, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos)? DETALLE:		
0 9	¿Has tenido alguna erupción cutánea ("ronchas", etc.) durante o después del ejercicio? DETALLE:		

1 0	¿Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio en alguna ocasión? DETALLE:		
1 1	¿Te has sentido mareado durante o después del ejercicio en alguna ocasión? DETALLE:		
1 2	¿Has sentido dolor en el pecho durante o después del ejercicio en alguna ocasión? DETALLE:		
1 3	¿Te cansas más rápidamente que tus compañeros cuando haces ejercicio? DETALLE:		
1	¿Alguna vez has notado que el corazón se acelere más de la cuenta o que falle		

4	algún latido?		
	DETALLE:		
1 5	¿Has tenido la tensión arterial elevada o el colesterol alto o diabetes o anemia?		
	DETALLE:		
1 6	¿Alguna vez te han dicho que tuvieras un soplo cardíaco?		
	DETALLE:		
1 7	¿Algún miembro de tú familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma súbita?		
	DETALLE:		
1 8	¿Algún miembro de tu familia ha padecido alguna enfermedad del corazón antes de los 50 años?		
	DETALLE:		
1 9	¿Algún miembro de tu familia ha padecido algún accidente cerebrovascular, embolia o trombosis?		
	DETALLE:		
2 0	¿Algún miembro de tu familia tiene o ha tenido alta la tensión arterial alta?		
	DETALLE:		
2 1	¿Algún miembro de tu familia tiene enfermedades endócrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, etc.)?		
	DETALLE:		
2 2	¿Has padecido alguna infección viral importante como pericarditis, miocarditis, mononucleosis, u otras similares?		
	DETALLE:		
2 3	¿Algún médico te ha prohibido o limitado la práctica deportiva por algún problema?		
	DETALLE:		
2 4	¿Tienes algún problema de piel en la actualidad (picazón, erupción, verrugas, hongos, ampollas, etc.)?		
	DETALLE:		
2 5	¿Has sufrido algún traumatismo o lesión en la cabeza?		
	DETALLE:		

2 6	¿En alguna ocasión has perdido el conocimiento y/o la memoria?		
	DETALLE:		
2 7	¿Has tenido algún episodio de convulsiones?		
	DETALLE:		
2 8	¿Padeces dolores de cabeza frecuentes y/o intensos?		
	DETALLE:		
2 9	¿Has tenido alguna vez sensación de adormecimiento, hormigueos, quemazón o pinchazos en brazos o piernas?		
	DETALLE:		
3 0	¿Has tenido algún problema por realizar ejercicio en ambiente caluroso?		
	DETALLE:		
3 1	¿Has notado tos, sibilancias o problemas para respirar durante o después del ejercicio en alguna ocasión?		
	DETALLE:		
3 2	¿Padeces o has padecido asma?		

	DETALLE:		
3 3	¿Sufres o has sufrido alergia estacional que requiera tratamiento médico?		
	DETALLE:		
3 4	¿Tienes o has tenido algún problema de visión?		
	DETALLE:		
3 5	¿Utilizas o has utilizado anteojos o lentes de contacto?		
	DETALLE:		
3 6	¿Tienes o has tenido problemas dentales?		
	DETALLE:		
3 7	¿Tienes o has tenido problemas de audición?		
	DETALLE:		

3 8	¿Tienes o has tenido problemas para dormir, ansiedad, o algún problema psicológico?		
	DETALLE:		
3 9	¿Crees que tu alimentación es adecuada?		
	POR QUE?		
4 0	¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas en la actualidad?		
	MAS: MENOS:		
4 1	¿Consumes tabaco, alcohol y/o alguna droga habitualmente?		
	DETALLE:		

LESIONES

		SI	NO
4 3	¿Has tenido alguna torcedura (esguince), lesión muscular o hinchazón tras una lesión?		
	Fecha: DETALLE:		
4 4	¿Has tenido alguna fractura ósea o luxación articular?		
	Fecha: DETALLE:		
4 5	¿Has tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?		
	Fecha: DETALLE:		
4 6	¿Utilizas o has utilizado algún tipo de protección o corrección ortopédica (corset/férulas)?		
	Fecha: DETALLE:		
4 7			
4 8			
4 9			
5 0			

CONSENTIMIENTO FIRMADO

1 _____ 2 _____

Firmado:

Si se trata de un menor de edad, firmará su Padre, Madre, Tutor o Representante Legal, indicando en (1) el nombre del deportista, y en (2) firma y aclaración del firmante y grado de parentesco.

EXAMEN MÉDICO

Nombre y Apellido:

DNI:

Edad:

PESO:

TALLA:

IMC:

TA:

EXAMEN CLÍNICO: (Sólo los datos positivos)

INFORMES DE LABORATORIO:

HEMOGRAMA:

ERITROSEDIMENTACIÓN:

GLUCEMIA:

UREMIA:

COLESTEROL TOTAL (MG/DL):

HDL COLESTEROL:

LDL COLESTEROL:

TRIGLICERIDOS:

ORINA COMPLETA:

EXÁMENES CARDIOLÓGICOS:

ECG:

ERGOMETRIA (si corresponde) Positiva o Negativa:

RADIOLOGIA:

Clasificación:

APTITUD	MARCAR CON UNA CRUZ
Apto sin restricciones:	

Apto con recomendaciones:	
DETALLE:	
No apto:	

FIRMA DEL PROFESIONAL Y SELLO:
