

Preparticipation Physical Evaluation

DATE OF EXAM _____

NAME _____ SEX _____ AGE _____ DATE OF BIRTH _____

GRADE _____ SCHOOL _____ SPORT(S) _____

ADDRESS _____ PHONE _____

PERSONAL PHYSICIAN _____

IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE _____

		YES	NO
1	Have you had a medical illness or injury since your last check up or sports physical?		
2	Have you ever been hospitalized overnight?		
3	Have you ever had surgery? Do you have an ongoing or chronic illness?		
4	Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medications or pills or using an inhaler?		
5	Have you ever taken any supplements or vitamins to help you gain or lose weight or improve your performance?		
6	Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food or stinging insects)?		
7	Have you ever had a rash or hives develop during or after exercise?		
8	Have you ever passed out during or after exercise?		
9	Have you ever been dizzy during or after exercise?		
10	Have you ever had chest pain during or after exercise?		
11	Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?		
12	Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?		
13	Have you had high blood pressure or high cholesterol?		
14	Have you ever been told you have a heart murmur?		
15	Has any family member or relative died of heart problems or of sudden death before age 50?		
16	Have you had a severe viral infection (for example myocarditis or mononucleosis) within the last month?		
17	Has a physician ever denied or restricted your participation in sports for any heart problems?		
18	Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus or blisters)?		
19	Have you ever had a head injury or concussion?		
20	Have you ever been knocked out, become unconscious or lost your memory?		
21	Have you ever had a seizure?		
22	Do you have frequent or severe headaches?		
23	Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs, or feet?		
24	Have you ever had a stinger, burner or pinched nerve?		
25	Have you ever become ill from exercising in the heat?		
26	Do you cough, wheeze or have trouble breathing during or after activity?		

		YES	NO
27	Do you have asthma?		
28	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?		
29	Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your sport or position (for example, knee brace, special neck roll, foot esthetics, retainer on your teeth, hearing aid)?		
31	Have you had any problems with your eyes or vision?		
32	Have you ever had a sprain, strain or swelling after an injury?		
33	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?		
34	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones or joints?		

35 Circle those that apply

Head	Elbow	Hip	Neck	Forearm	Thigh	Back
Wrist	Knee	Chest	Hand	Shin/calf	Shoulder	
Finger	Ankle	Upper Arm	Foot			

36	Do you want to weigh more or less than you do now?		
37	Do you lose weight regularly to meet weight requirements for your sport?		
38	Do you feel stressed out?		
39	Record the dates of your most recent immunizations for:		

Tetanus _____	Measles _____
Hepatitis B _____	Chickenpox _____

40	When was your first menstrual period?	_____
41	When was your last menstrual period?	_____
42	How much time do you usually have from the start of one period to the start of another?	_____
43	How many periods have you had in the last year?	_____
44	What was the longest time between periods in the last year?	_____

Please explain any yes answers _____

I hereby state that to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct

Signature of Athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

Evaluación física antes de participar en deportes

Historial

Fecha del examen _____

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nac. _____
 Grado _____ Escuela _____ Deportes _____
 Domicilio _____ Número de teléfono _____
 Médico personal _____
 En caso de una emergencia, comuníquese con: Nombre _____
 Relación al atleta _____ Número de teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

Explique las respuestas a "Sí" más abajo.
 Pon un círculo alrededor de las preguntas a las cuales no sabe la respuesta.

	Sí	No	10.			
1. ¿Has tenido una enfermedad médica o lastimadura desde tu última revisión o físico deportivo?	___	___		10. ¿Usas algún equipo o aparato protector o correctivo y especial que no se usan normalmente para tu deporte o posición, por ejemplo aparato ortopédico para la rodilla, rollo especial para el cuello, ortopédico para el pie, frenos dentales o audífono?	___	
2. ¿Tienes una enfermedad en desarrollo o deportivo?	___	___		11. ¿Has tenido problemas con tus ojos o de la vista?	___	
3. ¿Has tenido que ser hospitalizado una noche para ser observado?	___	___		12. ¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes preventivas?	___	
4. ¿Has sido sometido a una operación?	___	___		12. ¿Has tenido una torcedura, jalada o inflamación después de una lastimadura?	___	
5. ¿En este momento estas tomando medicamentos con o sin receta (de la farmacia) o pastillas o usando un inhalador?	___	___		12. ¿Has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna coyuntura?	___	
6. ¿Has tomado complementarios o vitaminas para subir de o perder peso o mejorar tu desempeño?	___	___		12. ¿Has tenido otro tipo de problema con dolor o inflamación de músculos, tendones, huesos o coyunturas?	___	
7. ¿Tienes algunas alergias, por ejemplo a polen, medicamentos, comida o piquetes de insectos?	___	___		Si la respuesta fue sí, marque la caja apropiada y explique abajo.		
8. ¿Te han salido ronchas durante o después del ejercicio?	___	___		<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cadera
9. ¿Te has desmayado durante o después del ejercicio?	___	___		<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Muslo
10. ¿Te han dado mareos durante o después del ejercicio?	___	___		<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Rodilla
11. ¿Has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	___	___		<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Espinilla / pantorrilla
12. ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?	___	___		<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
13. ¿Has experimentado aceleración del corazón o latidos del corazón brincando?	___	___		<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Pie	
14. ¿Has tenido la presión o colesterol alta?	___	___		13. ¿Te gustaría pesar más o menos de lo que pesas ahora?	___	
15. ¿Te han dicho que tienes un soplo en el corazón?	___	___		13. ¿Pierdes de peso regularmente para cumplir con algún requisito de tu deporte?	___	
16. ¿Algún familiar o pariente ha muerto a causa de problemas del corazón o ha muerto de repente antes de la edad de 50?	___	___		14. ¿Te sientes estresado?	___	
17. ¿Has tenido una infección vírica, por ejemplo miocarditis o mononucleosis, dentro del último mes?	___	___		15. Escribe las fechas de tus vacunas más recientes para:		
18. ¿Un médico ha negado o restringido tu participación en deportes por problemas del corazón?	___	___		Tétano _____		
19. ¿Presentemente tienes algún problema de la piel, por ejemplo comezón, ronchas, acné, verrugas, hongos o ampollas?	___	___		Sarampión _____		
20. ¿Has tenido lastimadura de la cabeza o conmoción cerebral?	___	___		Hepatitis B _____		
21. ¿Te han hecho perder el sentido, has perdido conciencia o perdido el conocimiento?	___	___		Varicela _____		
22. ¿Has tenido un ataque?	___	___		Solamente las damas		
23. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentemente o severos?	___	___		16. ¿Cuándo fue tu primer flujo menstrual? _____		
24. ¿En algún momento has tenido entumecimiento o cosquilleo en tus brazos, manos, piernas o pies?	___	___		16. ¿Cuándo fue tu flujo menstrual más reciente? _____		
25. ¿Has tenido algún problema de nervios atrapados o de otro tipo?	___	___		16. ¿Por lo regular cuanto tiempo dura desde el comienzo de un período hasta el comienzo de otro? _____		
26. ¿Te has enfermado después de hacer ejercicio en el calor?	___	___		16. ¿Cuántos períodos has tenido durante el último año? _____		
27. ¿Toses, respiras sibilantemente o te da trabajo respirar durante o después de una actividad física?	___	___		16. ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos este año pasado? _____		
28. ¿Tienes asma?	___	___		Explique las respuestas de "Sí" aquí: _____		
29. ¿Tienes alergias en ciertas temporadas que requieren tratamiento médico?	___	___		_____		

Con mi firma declaro que mis respuestas a las preguntas arriba están completas y correctas, al mejor de mi conocimiento.

Firma del atleta _____ Firma del padre de familia o tutor legal _____ Fecha _____