

DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS																							Fecha	
																							/	/
Información personal																								
Apellidos y nombres:																								
DNI:				Edad:						Género:				M	F									
Fecha de Nacimiento:						Lugar de Nacimiento:																		
Lugar de residencia:						Teléfono de casa:																		
Dirección actual:																								
Grado de estudios:						Lugar de estudios:																		
Correo electrónico:																								
Nombre de seguro:						Número de póliza:																		
FDN:																								
Categoría:						Modalidad:																		
Edad deportiva:						Edad de inicio:																		
Horas al día de entrenamiento						Días por semana:																		
						Horas a la semana:																		
Contacto de emergencia																								
Apellidos y nombres:																								
N° Telefónico:						Parentesco:																		
Antecedentes Personales																								
Cardiología																					SI	NO		
Ha tenido algún dolor, opresión y/o malestar en el pecho al realizar ejercicio?																								
Ha sufrido algún desvanecimiento o desmayo durante o después del ejercicio?																								
Ha tenido dificultad excesiva para respirar, fatiga o palpitations durante el ejercicio?																								
Siente que se cansa o le dificulta respirar más rápido en comparación con sus compañeros durante un ejercicio?																								
Le han detectado soplos cardiacos, presión arterial alta, colesterol alto, infección o inflamación del corazón, fiebre reumática, problemas de las válvulas cardiacas?																								
Le han realizado antes una prueba de esfuerzo, ecocardiograma, Holter o una Monitorización ambulatoria de la presión arterial?																								
¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo?																								
Sistema Respiratorio																					SI	NO		
Sufre o ha sufrido de asma?																								
Tose o presenta sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?																								
Ha usado o usa inhaladores?																								
Alguna vez ha tenido bronquitis, neumonía, tuberculosis, fibrosis quística u otra enfermedad respiratoria?																								
Otros antecedentes médicos																					SI	NO		
Alguna vez se ha enfermado cuando ha realizado ejercicio en el calor?																								
Alguna vez le diagnosticaron golpe de calor o hipertermia?																								
Le dan calambres musculares frecuentemente durante el ejercicio?																								



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			
		SI	NO
¿Tiene dos testículos normales?			
¿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?:																				SI	NO		
¿Cirugía?																							
¿Le han prescrito un corsé, yeso, bota para caminar, prótesis, 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		SI	NO
¿Usa anteojos o lentes de contacto?			
¿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 cuánto tiempo?: _____		
Nutrición		SI	NO
¿Le preocupa su peso o composición corporal?			
¿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		SI	NO
¿Tiene alguna otra preocupación que le gustaría discutir con un médico?			
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	