

LONG VALLEY HEALTH CENTER

FORMULARIO SOBRE CONDICIÓN FÍSICA Y DEPORTES

Nombre _____ Fecha _____

¿Qué deportes va a practicar este año?

HISTORIAL DEL PACIENTE

- | SÍ | NO | NO SÉ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha recibido un golpe o ha chocado contra algo que le haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado, problemas de memoria o pérdida de conciencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malestar o dolor en el pecho cuando hace esfuerzo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayo o desvanecimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma, tos, respiración sibilante o dificultad al respirar después de hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hueso roto, dislocación o esguince |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpe de calor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad o condición crónica (p. ej. asma, epilepsia)
(Indique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ausencia de órganos pares
(Marque con un círculo: ojos, orejas, riñones, testículos, ovarios) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicación permanente
(Indique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias a medicamentos o picadura de abejas
(Indique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial familiar de "muerte súbita" o cardiopatía antes de la edad de 50 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacunas al día |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nadadores: infección recurrente del oído externo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luchadores: herpes labial, pie de atleta, hongos en la piel, SARM |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas y preocupaciones de adolescentes
(sexo, tabaco, alcohol, esteroides, otras drogas) |