

SECCIÓN 5: HISTORIAL DE SALUD

Explique las respuestas "Sí" en la parte inferior de este formulario.
Encierre las preguntas a las que no sabe la respuesta.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Usted usa regularmente una abrazadera o dispositivo de asistencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted una condición médica permanente (como asma o diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene asma o alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Esta usted actualmente tomando algún medicamento con o sin receta (de venta libre) medicina o pastillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Usted tose, resolla o tiene dificultad para respirar DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene usted alergias a medicamentos, polen, alimentos, o piquete de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Hay alguien en su familia que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado mientras HACIA ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez usted ha usado inhalador o tomado medicina para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Nació usted o le falta un riñón, ojo, testículo u otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha tenido incomodidad, dolor o presión en el pecho mientras hacia ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha usted tenido infección mononucleosis (mono) en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su corazón se altera o brinca los latidos cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Usted tiene algunos sarpullidos, úlceras u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene (marque todas las que aplican):			30. ¿Alguna vez usted ha tenido infección de herpes en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta			CONMOCIÓN O LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA		
<input type="checkbox"/> Soplo del corazón			31. ¿Alguna vez ha tenido una conmoción cerebral (es decir: sonido de campana, timbre, mareos) o lesión traumática del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colesterol alto			32. ¿Ha sido golpeado en la cabeza y ha estado confuso o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infección cardíaca			33. ¿Siente usted mareos y/o dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez a ordenado un médico un examen para su corazón? (por ejemplo ECG, electrocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Alguna vez ha tenido un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha muerto un familiar sin ninguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Alguna vez se le han dormido, tenido cosquilleo o debilidad en sus brazos o piernas después de ser golpeado o caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Alguna vez no ha sido capaz de mover sus brazos o piernas después de ser golpeado o se haya caído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Algún familiar o pariente ha sido discapacitado o muerto por problemas cardíacos o de una muerte repentina antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Cuándo ejercita en el calor, tiene usted calambres musculares severos o se enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguien en su familia tiene síndrome de Marfán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguien de su familia tiene anemia de células falciformes o anemia drepanocítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Ha usted tenido algunos problemas con sus ojos o vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Alguna vez ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, como una torcedura de músculo o desgarrar de ligamento, o tendinitis, que le haya causado faltar a una práctica o competencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Usa usted protección de la vista, como gafas o protector facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si le ha pasado, encierre el área afectada a continuación:			42. ¿Está usted infeliz con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Se le ha roto o fracturado algún hueso o dislocado una coyuntura? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Esta usted tratando de subir o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido una lesión sea o de coyuntura que requirió radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, un abrazadera, yeso o muletas? Si le ha pasado, encierre a continuación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos de alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			45. ¿Usted limita o cuidadosamente controla lo que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			46. ¿Tiene algunas preocupaciones que le gustaría platicar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno por estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLO MUJERES		
21. ¿Se le ha dicho que usted tiene o tuvo una radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			48. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?	_____	_____
			49. ¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?	_____	_____
			50. ¿Esta usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#'s	Explique aquí las respuestas "Si":

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del Estudiante _____ Fecha ____/____/____

Por la presente certifico en el mejor de mi conocimiento toda la información en la presente es verdadera y completa.

Firma del padre/tutor _____ Fecha ____/____/____