

# Departamento de Educación de New Jersey

## FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO ANUAL PREVIO A LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

**Parte A: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD** Llenado por el padre y el estudiante y revisado por el proveedor del examen

**Parte B: FORMULARIO DE AVALUACIÓN FÍSICA** Llenado por el proveedor autorizado que examina con un MD, DO, APN o PA

### Parte A: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha del último deporte físico: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M F (encierre en un círculo) Edad: \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Deporte(s): \_\_\_\_\_ Tel. de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (centro médico): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Tel. (trabajo): \_\_\_\_\_ Tel. (casa): \_\_\_\_\_ Tel. (celular): \_\_\_\_\_

Otro contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Tel. (trabajo): \_\_\_\_\_ Tel. (casa): \_\_\_\_\_ Tel. (celular): \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Conteste las siguientes preguntas acerca de los antecedentes médicos del estudiante **ENCERRANDO EN UN CÍRCULO** la respuesta correcta. Explique todas las respuestas que sean "sí" en las líneas que siguen a las preguntas. Conteste todas las preguntas.

**1. ¿Ha tenido alguna vez o tiene:**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| a. Una limitación para hacer deporte debido a un problema de salud?  | Sí / No / No sé        |
| b. Una lesión o enfermedad desde el último examen?   | Sí / No / No sé        |
| c. Una enfermedad crónica o presente (como diabetes o asma)?   | Sí / No / No sé        |
| (1.) Un inhalador u otra medicina prescrita para controlar el asma?  | Sí / No / No sé        |
| d. Alguna medicina prescrita o no prescrita que toma de manera regular?  | Sí / No / No sé        |
| e. Alguna cirugía, hospitalización o visita(s) a la sala de emergencia?  | Sí / No / No sé        |
| f. Alguna <b>alergia</b> a medicamentos?   | <b>Sí / No / No sé</b> |
| g. Alguna alergia a picaduras de abeja, polen, látex o alimentos?  | Sí / No / No sé        |
| (1.) En caso afirmativo, marque el tipo de reacción:   |                        |
| <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Respiración u otra reacción anafiláctica |                        |
| (2.) ¿Toma algún medicamento o toma Epipen para síntomas alérgicos? (Escriba en la tabla abajo.)   | Sí / No / No sé        |
| h. Anemia, trastornos sanguíneos, drepanocitosis o rasgo de células falciformes, tendencias hemorrágicas o trastornos de la coagulación? | Sí / No / No sé        |
| i. Un familiar consanguíneo que murió antes de los 50 años de edad?  | Sí / No / No sé        |

Explique todas las respuestas "Sí" aquí (incluya fechas relevantes):

---



---



---



---

**Mencione todos los medicamentos aquí:**

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

2. **¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones *relacionadas con la cabeza*:**
- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. Concusión o lesión en la cabeza (incluyendo “campanazo” o “golpe leve”)? | Sí / No / No sé |
| b. Pérdida de la memoria?   | Sí / No / No sé |
| c. Conmoción por un golpe?  | Sí / No / No sé |
| d. Un ataque?   | Sí / No / No sé |
| e. Dolores de cabeza frecuentes o graves (con o sin ejercicio)?             | Sí / No / No sé |
| f. Visión difusa o borrosa?   | Sí / No / No sé |
| f. Sensibilidad a la luz o al ruido?  | Sí / No / No sé |

Explique todas las respuestas “Sí” aquí (incluya fechas relevantes):

---



---

3. **¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones *relacionadas con el corazón*:**
- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. Limitación para hacer deporte debido a problemas cardiacos?  | Sí / No / No sé |
| b. Dolor o malestar en el pecho?  | Sí / No / No sé |
| c. Soplo cardiaco?  | Sí / No / No sé |
| d. Alta presión arterial?   | Sí / No / No sé |
| e. Alto nivel de colesterol   | Sí / No / No sé |
| f. Infección cardiaca?  | Sí / No / No sé |
| g. Mareo o desmayo durante o después del ejercicio sin causa conocida?  | Sí / No / No sé |
| h. ¿Alguna vez un proveedor ha indicado un estudio del corazón (ECG, ecocardiograma, examen de ansiedad, Holter)? | Sí / No / No sé |
| i. Latido cardiaco acelerado o latidos interrumpidos?   | Sí / No / No sé |
| j. Dificultad para respirar o fatiga inexplicable durante el ejercicio?   | Sí / No / No sé |
| k. ¿Algún familiar (consanguíneo):  |                 |
| (1.) Menor de 50 años con una condición cardiaca?   | Sí / No / No sé |
| (2.) Con Síndrome de Marfan?  | Sí / No / No sé |
| (3.) Murió a causa de un problema cardiaco antes de los 50 años?  |                 |
| En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____  | Sí / No / No sé |
| (4.) Murió sin causa aparente?  | Sí / No / No sé |
| (5.) Murió mientras hacía ejercicio? En caso afirmativo, ¿fue durante o después? (Encierre una.)                  | Sí / No / No sé |

Explique todas las respuestas “Sí” aquí (incluya fechas relevantes):

---



---

4. **¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente cualquiera de las siguientes condiciones *relacionadas con los ojos, oídos, nariz, boca o garganta*:**
- |  |                 |
|--|-----------------|
| a. Problemas de visión?  | Sí / No / No sé |
| (1.) Usa lentes de contacto, lentes correctivos o protección para los ojos (Encierre en un círculo el tipo.) |                 |
| b. Problemas o pérdida del oído?   | Sí / No / No sé |
| (1.) Usa accesorios o implantes para la audición   | Sí / No / No sé |
| c. Fracturas nasales o hemorragia nasal frecuente?   | Sí / No / No sé |
| d. Usa frenos dentales, dispositivos de retención o protectores para la boca?                                | Sí / No / No sé |
| e. Estreptococos frecuentes o cualquier otra condición de la garganta como amigdalitis?                      | Sí / No / No sé |

Explique todas las respuestas “Sí” aquí (incluya fechas relevantes):

---



---

5. **¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones *neuromusculares u ortopédicas*:**
- |  |                 |
|--|-----------------|
| a. Entumecimiento o un nervio “quemante”, “punzante” o pinchado?         | Sí / No / No sé |
| b. Una torcedura?  | Sí / No / No sé |
| c. Un esguince?  | Sí / No / No sé |
| d. Hinchazón o dolor en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? | Sí / No / No sé |
| e. Dislocación de articulaciones?  | Sí / No / No sé |
| f. Dolor en la espalda superior o baja?                                  | Sí / No / No sé |
| g. Fracturas, fracturas por tensión o huesos rotos?                      | Sí / No / No sé |
| h. ¿Usa soportes o equipos protectores?                                  | Sí / No / No sé |

Explique todas las respuestas “Sí” aquí (incluya fechas relevantes):

---



---

6. ¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones *generales o relacionadas con el ejercicio*:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. Dificultad para respirar?  |                 |
| (1.) Durante el ejercicio?  | Sí / No / No sé |
| (2.) Después de correr una milla?   | Sí / No / No sé |
| (3.) Tos, jadeo o falta de respiración durante los cambios de clima?                        | Sí / No / No sé |
| (4.) Asma provocado por el ejercicio?   | Sí / No / No sé |
| i. Controlado con medicamento (especifique _____)   | Sí / No / No sé |
| ii. Experimenta mareo, desmayo o desvanecimiento  | Sí / No / No sé |
| b. Infecciones virales como mononucleosis, hepatitis o virus coxsackie?                     | Sí / No / No sé |
| c. Se cansa más rápido que los demás?   | Sí / No / No sé |
| d. Cualquiera de las siguientes condiciones de la piel?                                     |                 |
| (1.) Herpes labial/herpes, impétigo, SARM, tiña, verrugas?                                  | Sí / No / No sé |
| (2.) Sensibilidad al sol?   | Sí / No / No sé |
| e. Aumento o pérdida de peso (10 libras o más)?   | Sí / No / No sé |
| (1.) ¿Desea pesar más o menos de lo que pesa actualmente?                                   | Sí / No / No sé |
| f. ¿Ha tenido alguna vez síntomas de depresión?   | Sí / No / No sé |
| g. Problemas relacionados con el calor (deshidratación, vértigo, fatiga o dolor de cabeza)? | Sí / No / No sé |
| (1.) Agotamiento por calor (piel fría, pegajosa o húmeda)?                                  | Sí / No / No sé |
| (2.) Insolación (piel caliente, roja y seca)?   | Sí / No / No sé |
| (3.) Calambres musculares?  | Sí / No / No sé |
| h. Ausencia o pérdida de un órgano como un riñón, globo ocular, bazo, testículo u ovario?   | Sí / No / No sé |

Explique todas las respuestas "Sí" aquí (incluya fechas relevantes):

---

---

7. **Para mujeres:**

Edad de inicio de la menstruación: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

¿Cuántos periodos menstruales no ocurrieron en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

8. **Para hombres:**

¿Se ha presentado inflamación de los testículos o de la ingle? Sí / No / No sé

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Certifico que la información proporcionada en el presente es verdadera según mi leal saber y entender en la fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor, o estudiante de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma:

**EL PROVEEDOR DEL EXAMEN DEBE REVISAR ESTE HISTORIAL MÉDICO LLENADO Y FIRMADO EN EL MOMENTO DEL EXAMEN MÉDICO.**

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN FÍSICA ANUAL PREVIA A LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

**Parte B: Formulario de evaluación física**  
(Llenado por el proveedor autorizado del examen mediante un MD, DO, APN o PA)

## - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE -

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_  
 Sexo: M F (encierra en un círculo) Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo del padre o tutor: \_\_\_\_\_

## - INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MÉDICO O PROVEEDOR QUE EXAMINA -

Si fue realizado por el médico escolar, marque aquí

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_

## - RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FÍSICA -

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ppm.  
 Visión: D 20/\_\_\_\_ I 20/\_\_\_\_ Corregida: Sí / No Lentes de contacto: Sí / No Lentes correctivos: Sí / No

INDICADORES	NORMAL?	RESULTADOS ANORMALES/COMENTARIOS
Apariencia general	SÍ	
Cabeza/cuello	SÍ	
Ojos/esclerótica/pupilas	SÍ	
Oídos	SÍ	
Audición general	SÍ	
Nariz/boca/garganta	SÍ	
Nodos linfáticos	SÍ	
Cardiovascular	SÍ	
Frecuencia cardíaca	SÍ	
Ritmo	SÍ	
Soplo	AUSENTE	
Si hay soplo		De pie lo hace: Más fuerte Menos fuerte No hay diferencia
		En cuclillas lo hace: Más fuerte Menos fuerte No hay diferencia
		Valsalva lo hace: Más fuerte Menos fuerte No hay diferencia
Pulso femoral	SÍ	
Pulmones: Auscultación/percusión	SÍ	
Contorno torácico	SÍ	
Piel	SÍ	
Abdomen (hígado, bazo, masas)	SÍ	
Valoración de madurez física o escala de Tanner	SÍ	
Revisión testicular (hombres)	SÍ	
Cuello/espalda/columna vertebral:	SÍ	
Rango de movimiento	SÍ	
Escoliosis	AUSENTE	
Extremidades superiores: (rango de movimiento, fuerza, estabilidad)	SÍ	
Extremidades inferiores: (rango de movimiento, fuerza, estabilidad)	SÍ	
Neurológico: Equilibrio y coordinación	SÍ	
Hernia	AUSENTE	
Evidencia de Síndrome de Marfan	AUSENTE	

Vacunas más recientes y fechas administradas:

---

---

---

Medicamentos prescritos actualmente con dosis y frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Observaciones adicionales:

---

---

---

---

Diagnóstico general:

---

---

---

Recomendaciones generales:

---

---

**EL PROVEEDOR DEL EXAMEN DEBE REVISAR EL HISTORIAL PREPARADO POR EL PADRE Y EL ESTUDIANTE EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO.**



## NOTAS PARA EL PROVEEDOR DEL EXAMEN

Las condiciones que requieren autorización antes de la participación en deportes incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

Anafilaxia; inestabilidad atlantoaxial; trastorno hemorrágico; hipertensión; enfermedad cardíaca congénita; disritmia; prolapso de la válvula mitral; soplo cardíaco; parálisis cerebral; diabetes mellitus; trastornos alimenticios; antecedentes de enfermedad por calor; atletas con un riñón; hepatomegalia, esplenomegalia; malignidad; trastornos epilépticos; Síndrome de Marfan; antecedentes de concusión repetida; receptor de trasplante de órgano; fibrosis quística; drepanocitosis; atletas con un ojo o atletas con visión mayor de 20/40 en un ojo.

### EJEMPLOS DE CLASIFICACIÓN DE DEPORTES POR NIVEL DE CONTACTO

Contacto y choque	Contacto limitado	Sin contacto	
		Extenuantes	No extenuantes
Baloncesto	Béisbol	Lanzamiento de disco	Boliche
Buceo	Porrismo	Lanzamiento de jabalina	Golf
Jockey sobre hierba	Esgrima	Lanzamiento de peso	
Fútbol americano	Salto de altura	Canotaje	
Jockey sobre hielo	Salto con garrocha	Carrera/campo traviesa	
Lacrosse	Gimnasia	Entrenamiento de resistencia	
Balompíe	Esquí	Natación	
Lucha libre	Sóftbol	Tenis	
	Voleibol	Pista	

La N.J.A.C. 6A:16-2.2 requiere que el médico escolar proporcione una notificación por escrito al padre o tutor en la que establezca la aprobación o no aprobación de la participación del estudiante en actividades atléticas con base en la evaluación física. Esta evaluación y la carta de notificación pasan a formar parte del archivo médico escolar del estudiante.

#### Efectos de maniobras fisiológicas sobre los sonidos cardiacos:

De pie	Aumenta el soplo de la CMH Disminuye el soplo de la EA, RM El clic del PVM ocurre temprano en la sístole
En cuclillas	Aumenta el soplo de EA, RM, IA  Disminuye el soplo de CMH Clic del PVM retrasado
Valsalva	Aumenta el soplo de la CMH Disminuye el soplo de la EA, RM El clic del PVM ocurre temprano en la sístole

#### Estigmas físicos del Síndrome de Marfan

Cifosis  
Paladar arqueado alto  
Pectus excavatum  
Aracnodactilia  
Extensión del brazo > altura de 1.05:1 o mayor  
Prolapso de la válvula mitral  
Insuficiencia aórtica  
Miopía  
Dislocación lenticular

CMH = Cardiomiopatía hipertrófica  
EA = Estenosis aórtica  
IA = Insuficiencia aórtica  
RM = Regurgitación mitral  
PVM= Prolapso de la válvula mitral