

Questionario Médico

VISITADOR MÉDICO

Nombres y Apellidos del Atleta _____

Firma del Medico _____

A. Historia Familiar

1. a	¿Algún médico ha diagnosticado un problema cardíaco, presión arterial alta, colesterol alto, soplo al corazón, una arritmia cardíaca, una enfermedad reumática, infección en el corazón u otros? Quien?	NO	SÍ
1. b	¿Tiene algún familiar cercano con enfermedad cardiovascular grave o hereditaria? Quien?	NO	SÍ

B. Historia Personal

2.	¿Alguna vez ha tenido pérdida de conciencia (desmayo síncope)?	durante el ejercicio o esfuerzo físico	NO	SÍ				
		después del ejercicio esfuerzo físico	NO	SÍ				
		no relacionado al ejercicio - esfuerzo físico	NO	SÍ				
3	¿Algún médico le ha diagnosticado un problema cardíaco, presión arterial alta, colesterol alto, soplo al corazón, arritmia cardíaca, enfermedad reumática, infección al corazón u otros?	NO	SÍ					
4	¿Algún médico le ha recetado un examen como por ejemplo: ECG, Holter o ECO ecografía del corazón?	NO	SÍ					
5	¿Algún médico le ha diagnosticado asma, crisis convulsiva, epilepsia, problemas de salud que pueden impedir hacer deportes, diabetes, obesidad, enfermedades ortopédicas, enfermedades neurológicas, enfermedades respiratorias u otros? ¿Quales?	NO	SÍ					
6	¿Usted tiene alguna alergia (por ejemplo polen, polvo, fármacos, alimentos, picadura de insecto)?	NO	SÍ					
7	¿Actualmente se está haciendo algún tratamiento, usando fármacos (cualquier tipo) por indicación médica o (sin receta médica) pastillas o spray?	NO	SÍ					
8	¿Alguna vez ha tenido un intervento quirúrgico u/ hospitalización, accidente grave? ¿Qual?	NO	SÍ					
9	En los últimos dos años has tomado medicinas de manera constante?	NO	SÍ					
10	Vista: Usa gafas /o lentes de contacto?	NO	SÍ					
11	Oídos: ¿Tiene problemas de audición?	NO	SÍ					
12	Menarca (primera menstruación)	NO	SÍ	Año	Día de la última menstruación	/	/	
13	Fuma	NO	SÍ	Cantidad nº	Alcohol	NO	SÍ	Cantidad
14	¿Ha usado o hace uso de drogas/doping?	NO	SÍ	¿Quales?				

C. Historia Deportiva

15	Tipo de deporte por el cual solicita la visita medica	N° de entrenamiento a la semana	Tiempo de entrenamiento en minutos	N° de competiciones a la semana

Este formulario de historia clínica debe ser completado por los padres de los atletas menores que en el momento de la visita pueden no estar presentes. Le informamos de que los menores que no preveen del historial médico relleno en todos los puntos por los padres, no puede hacer la visita médica de aptitud física para deportes competitivos.

MPORTANTE: la recopilación de la historia clínica es fundamental para la evaluación general del estado de salud de los atletas y para el diagnóstico de enfermedades hereditarias y es una parte integral de la historia clínica.

Fecha, en Corsico a ____ / ____ / ____

Firma (Firma de los padres del menor de edad)