This form should be placed into the individual's medical file and should *only* be shared with other health care professionals.

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to nonmedical personnel at a school or sports organization.

EVALUACIÓN PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE ANTECEDENTES

Nota: complete y firme este formulario (con sus padres, si es menor de 18 años) antes de su cita.

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____ Fecha de examen:_____

Deportes y actividades:_____

Enumere las afecciones médicas pasadas y actuales (incluyendo trastornos de salud mental como TDAH, ansiedad o depresión).

_____

¿Alguna vez le hicieron una cirugía? Si la respuesta es sí, haga una lista de todas las cirugías pasadas. _____

_____

Medicamentos y suplementos: Haga una lista de los medicamentos actualmente recetados, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos (herbales y nutricionales).

_____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

_____

Sexo biológico (femenino, masculino): ___

Cuestionario de salud del paciente, versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Encierre en un círculo su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No poder dejar de preocuparse o controlar sus preocupaciones	0	1	2	3
Poco interés o placer por hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3

Durante las últimas 2 semanas, ¿ha pensado que sería mejor estar muerto o hacerse daño de alguna manera? (Encierre en un círculo su respuesta)

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES (Explique las respuestas "Sí" al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna preocupación sobre la que le gustaría hablar con su proveedor de atención médica?		
2. ¿Algún proveedor de atención médica alguna vez le prohibió o restringió su participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez ha tenido dolor, molestias o falta de aire en el pecho durante el ejercicio?		
5. ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se ha desmayado durante o después del ejercicio, o por ruidos fuertes repentinos?		
6. ¿Algún médico alguna vez le ha dicho que tiene un problema del corazón, un soplo cardíaco o presión arterial alta?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN (*CONTINUACIÓN*)	**Sí**	**No**
7. ¿Algún médico alguna vez le indicó que se haga una prueba del corazón (por ejemplo, un electrocardiograma [ECG/EKG] o un ecocardiograma [ECHO])?		
8. ¿Alguna vez tuvo una convulsión?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA	**No estoy seguro**	**Sí**	**No**
9. ¿Algún familiar o pariente murió o tuvo una discapacidad por problemas del corazón antes de los 50 años, o tuvo una muerte inesperada o repentina sin explicación antes de los 50 años (incluyendo ahogamiento, accidente automovilístico sin explicación o síndrome de muerte súbita del lactante)?			

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA (*CONTINUACIÓN*)	No estoy seguro	Sí	No
10. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica (HCM), miocardiopatía dilatada, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica (ACM), síndrome de QT largo (LQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica (CPVT), o tiene un marcapasos o un desfibrilador implantado?			

PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
11. ¿Alguna vez tuvo una fractura o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
12. ¿Tiene una lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que actualmente le molesta?		

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
13. ¿Alguna vez recibió un golpe que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria, o le diagnosticaron una conmoción cerebral?		
14. ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída?		
15. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o algún otro órgano? ¿Alguno de estos órganos no funciona correctamente?		
16. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en el calor?		
17. ¿Usted o alguien de su familia tiene enfermedad depranocítica o rasgos de células falciforme? (No estoy seguro)		
18. ¿Alguna vez tuvo o tiene problemas con los ojos o la visión?		

PREGUNTAS MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)	Sí	No
19. ¿Tiene tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después de la actividad física?		
20. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto o hinchazón en el área de la ingle?		
21. ¿Tiene sarpullidos frecuentes o sarpullidos que aparecen y desaparecen, incluyendo herpes o *Staphylococcus aureus resistente a la meticilina* (MRSA)?		
22. ¿Está conforme con su peso actual?		
23. ¿Siente presión por bajar o subir de peso?		
24. ¿Sigue un plan de alimentación específico?		
25. ¿Alguna vez alguien lo tocó de una manera que lo hizo sentir incómodo o lo presionó para participar en actos físicos o sexuales que lo hicieron sentir incómodo?		

PREGUNTAS MENSTRUALES
26. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?
27. ¿Cuándo fue su última menstruación?
28. ¿Cuántas menstruaciones tuvo en los últimos 12 meses?

Explique aquí las respuestas "Sí".

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente, declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son correctas e íntegras.

Firma del deportista o participante: _____

Firma de padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2027 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine y American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se otorga permiso para reimprimir con fines educativos y no comerciales, con el reconocimiento correspondiente.

Spanish translation of Preparticipation Physical Evaluation Medical History form.