



### Evaluación de la Participación Física

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

**Explique las contestaciones de "Si"**

**Explique**

- 1. ¿Jamás ha sido hospitalizado? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Jamás ha tenido cirugía? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 2. ¿Estas tomando medicina o pastillas? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 3. ¿Tienes alguna alergia (medicina, abejas, o otros insectos que pican)? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 4. ¿Alguna vez te has desmallado durante o después de los ejercicios? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te has sentido con mareos durante o después de los ejercicios? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has tenido dolor de pecho durante o después de los ejercicios? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Te cansas más rápido que tus amistades cuando haciendo ejercicios? Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez has tenido la presión alta? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te han dicho que tienes un murmullo de corazón? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te han dicho que tienes latidos del corazón o saltados del corazón? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguno de tu familia has fallecido de problemas del corazón o muerte repentina antes de 50 años? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 5. ¿Tienes cualesquiera problemas de piel (picazones, sarpullidos, acné)? Si No \_\_\_\_\_
- 6. ¿Has tenido alguna herida en la cabeza? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te han derivado o inconsciente? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Has tenido un ataque? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Has tenido un aguijón, quemador, o nervio pellizcado? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 7. ¿Alguna vez has tenido calambres del calor o músculo? ..... Si No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez te has desmayado o mareos por el calor? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 8. ¿Tienes problemas respirando o toses durante o después de la actividad? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 9. ¿Utilizas algún equipo especial (rodilleras, refuerzos, rollos de cuello, guardia de boca, guardias de ojo, etc.)? Si No \_\_\_\_\_
- 10. ¿Has tenido problemas con tus ojos o visión? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 11. ¿Has tenido torció/esforzado, dislocado, fracturas, roto o había repetido hinchando es o otras heridas de cualquier hueso o articulaciones? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 12. ¿Has tenido alguna otros problemas médica (mononucleosis contagioso, diabetes, etc.)? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 13. ¿Has tenido cualquier otros problemas o la herida médicos desde que su última visita? ..... Si No \_\_\_\_\_
- 14. ¿Cuándo fue tu última vacuna del tétano? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue tu última vacuna del sarampión? \_\_\_\_\_
- 15. ¿Cuándo fue tu periodo menstrual? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue el tiempo más largo entre tus periodos menstruales el año pasado? \_\_\_\_\_

Yo por el presente indico, al mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas de encima son correctas.

Firma de Atleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_