

**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 **alergia** a medicamentos? Sí / No / No sé
- g. Alguna alergia a picaduras de abeja, polen, látex o alimentos? Sí / No / No sé
  - (1.) En caso afirmativo, marque el tipo de reacción:
    - Salpullido  Urticaria  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

AAPPEF Spanish Version Part A Only

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 |
| c. Un ataque?   | Sí / No / No sé |
| d. Dolores de cabeza frecuentes o graves (con o sin ejercicio)?             | Sí / No / No sé |
| e. 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):

---

---

AAPPEF Spanish Version Part A Only

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.**