

Desde el Comité enviamos el cuestionario para el EMPP.

Es una herramienta para el pediatra, para realizar la evaluación predeportiva, más allá de la evaluación habitual que se realiza para el carne de la niña, del niño y del adolescente. Es para su uso en la evaluación de aquellos pacientes que participan en actividades deportivas 8 o más horas por semana.

Se recomienda que el paciente responda el cuestionario en la sala de espera y luego el pediatra lo complete. Así mismo, al final el paciente se lleva El certificado de Aptitud para su club/entrenador/federación/colegio, y el resto del documento queda en poder del pediatra.

En un futuro, este documento puede ser electrónico y quedar en la HCE del paciente.

CAFEDIA

## FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA

(Nota: El paciente y sus padres deben llenar este formulario antes de ver al médico. El médico puede conservar este formulario de historia clínica o el mismo puede permanecer en el expediente para proporcionar información adicional al director de actividades deportivas. Si no desea que la escuela tenga acceso a esta información, sepárela antes de entregar el formulario de examen físico).

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escuela/Liceo/Colegio \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Club \_\_\_\_\_

Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicamentos y alergias** (Por favor indica todos los medicamentos con receta o de venta libre, y suplementos (herbales y nutricionales) que tomas actualmente):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Sufres de alguna alergia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifica a continuación la alergia:

Picaduras de insectos \_\_\_\_\_ Polen/Polvo/Alimentos \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO PREPARTICIPATIVO**  
**COMITÉ DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA**

En la parte inferior, explica las respuestas afirmativas. Encierra en un círculo las preguntas cuyas respuestas desconoces

<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Alguna vez un médico te ha prohibido o limitado la participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Actualmente sufres de alguna condición médica? En caso afirmativo, indica a continuación: Asma ___ Anemia ___ Diabetes ___ Infecciones ___ Otra: _____		
3. ¿Has sido hospitalizado alguna vez?		
4. ¿Te han practicado una cirugía alguna vez?		
5. ¿Alguna vez te has desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez has experimentado molestias, dolor o presión en el pecho mientras haces ejercicio?		
7. ¿Tu corazón se acelera o experimentas latidos irregulares mientras haces ejercicio?		
8. ¿Alguna vez un médico te ha dicho que tienes problemas del corazón? Si es así, marca todos los que correspondan: Hipertensión arterial ___ Un soplo en el corazón ___ Colesterol alto ___ Una infección en el corazón ___ Enfermedad de Kawasaki ___ Otro _____		
9. ¿Alguna vez un médico te ha indicado hacerte una prueba del corazón? (Por ejemplo, ECG, ecocardiograma...)		
10. ¿Sientes mareo o mayor dificultad para respirar de la esperada mientras haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te sientes más cansado o experimentas dificultad para respirar más rápidamente que tus amigos mientras haces ejercicio?		
<b>PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
13. ¿Alguno de tus familiares o parientes ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 50 años (incluidos ahogamiento, accidente automovilístico misterioso o síndrome de muerte súbita del lactante)?		
14. ¿Alguien en tu familia sufre de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica? Diagnóstico de Enf. De Marfan?		
15. ¿Alguien en tu familia padece de problemas cardíacos, usa un marcapasos o tiene un desfibrilador implantado?		
16. ¿Alguien en tu familia ha experimentado desmayos o convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
<b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
17. ¿Alguna vez has perdido una práctica o partido por sufrir una lesión en un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Alguna vez te has roto o fracturado un hueso, o dislocado una articulación?		
19. ¿Alguna vez has necesitado radiografías, resonancia magnética, TAC, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico, un yeso o muletas por una lesión?		
20. ¿Alguna vez has sufrido una fractura por estrés?		
21. ¿Alguna vez te han diagnosticado o te han hecho una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o atlantoaxial (síndrome de Down o enanismo)?		
22. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico, ortesis u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión ósea, muscular o articular que te moleste?		
24. ¿Tienes dolor, inflamación, calor o enrojecimiento en alguna articulación?		
25. ¿Tienes antecedentes de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		
<b>PREGUNTAS MEDICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
26. ¿Presentas tos, sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio? 27. ¿Alguna vez has usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
28. ¿Alguien en tu familia sufre de asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, ojo, testículo (hombres), el bazo o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en esa área?		
31. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes alguna erupción, llagas por presión u otros problemas de la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o una infección de la piel por estafilococo?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
35. ¿Alguna vez has recibido un golpe en la cabeza que te haya causado confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes antecedentes de trastornos convulsivos?		
37. ¿Sufres dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Alguna vez has experimentado entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o piernas después de una caída o de un golpe?		
39. ¿Alguna vez has sentido que no puedes mover los brazos o las piernas después de una caída o de un golpe?		
40. ¿Alguna vez te has sentido mal mientras haces ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Experimentas calambres musculares frecuentemente cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tú o alguno de tus familiares presentan el rasgo drepanocítico o la enfermedad?		
43. ¿Has tenido algún problema en los ojos o en la visión?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión en los ojos?		

45. ¿Usas lentes comunes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, como lentes protectores o un protector facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Intentas aumentar o bajar de peso, o alguien te lo ha recomendado?		
49. ¿Tienes una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Ha tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna inquietud que te gustaría consultar con un médico?		
<b>DESARROLLO SEXUAL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
52. ¿Has tenido alguna vez un período menstrual ?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual menarca (mujer) o la espermarca ( hombre)?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

**Explica tus respuestas afirmativas aquí:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Habitos nutricionales**

Desayuno \_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_

Merienda \_\_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_

Frutas y verduras al día 0- 1 -2- 3- 4- 5- mas                      Consumo de agua al día 1 litro – 1,5 - 2 – 2,5 – 3 – 3,5- mas

**Por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.**

Firma del deportista \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Adaptado de - ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía y Medicina Deportiva.

### FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**EXAMEN MÉDICO**

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

Visión: O. Derecho 20/ \_\_\_\_\_ O. Izquierdo 20/ \_\_\_\_\_ Corregido: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Audición normal: Oído Derecho: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Oído Izquierdo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

GENERAL	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Aspecto ¿Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar muy arqueado, pectus excavatum, aracnodactilia, longitud del brazo > estatura, hiperlaxitud, miopía, Prolapso Mitral, insuficiencia aórtica) ?		
Ojos/oidos/nariz/garganta • Pupilas isocóricas • Audición		
Linfoganglionar		
<b>Cardiovascular central (a*)</b> • Soplos (auscultación de pie, supina, +/- Valsalva) • Localización del punto de máximo impulso (PMI)		
Pulsos • Pulsos femorales y radiales simultáneos		
Pleuropulmonar		
Abdomen		
Genitourinario (solo hombres)(b*)		
Piel • Herpes simple, lesiones sugestivas de SARM, tinea corporis		
Psiconeuromuscular (c*)		
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>		
Cuello		
Espalda		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla Pierna/tobillo		
Pie/dedos		
Funcional • Marcha de pato, salto de una pierna		

(\*a) Se recomienda realizar un ECG y un ecocardiograma, y referir al paciente a cardiología si el examen o los antecedentes cardíacos son anormales. (\*b) Se recomienda realizar un examen genitourinario si se evalúa al paciente en un entorno privado. Se recomienda la presencia de un tercero. (\*c) Se recomienda realizar una evaluación cognitiva o pruebas neuropsiquiátricas de referencia si hay antecedentes de conmoción cerebral significativa.

PARACLINICA ECG

ECOCARDIOGRAMA

ERGOMETRIA

OTROS ESTUDIOS

**FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO - \*\*\*Entregue solo este formulario**

Autorizado para participar en todos los deportes sin restricciones \_\_\_\_\_

Autorizado para participar en todos los deportes sin restricciones con recomendaciones para evaluaciones o tratamientos adicionales por \_\_\_\_\_

No autorizado

En espera de evaluaciones adicionales

Para ningún deporte

Para algunos deportes \_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERTINENTE PARA ENTRENADORES, INSTRUCTORES O DIRECTORES DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS (P. E.J.,  
CONMOCIÓN CEREBRAL, DIABETES, TRASTORNOS CONVULSIVOS, PROBLEMAS CARDÍACOS, ASMA, ETC.) :

---

---

---

---

---

Nombre del médico (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

Examiné al estudiante mencionado anteriormente y completé la evaluación física preparticipativa. El deportista no presenta contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y participar en el(los) deporte(s), como se indica anteriormente. En el expediente en mi oficina se encuentra una copia del examen físico y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen afecciones de salud después de que el deportista haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la autorización hasta que se resuelva el problema y se le expliquen completamente las posibles consecuencias al deportista (y a los padres o tutores).

Adaptado de - ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía y Medicina Deportiva.

**DEPORTISTA CON NECESIDADES ESPECIALES:**

**FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA SUPLEMENTARIO**

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escuela/Liceo/Colegio \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Club \_\_\_\_\_

Deporte(s) \_\_\_\_\_

1. Tipo de discapacidad \_\_\_\_\_

2. Fecha de diagnóstico de la discapacidad \_\_\_\_\_

3. Clasificación (si está disponible) \_\_\_\_\_

4. Causa de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, accidente/trauma, otro) \_\_\_\_\_

5. Indique los deportes que desea practicar \_\_\_\_\_

	SI	NO
6. ¿Usas regularmente un soporte ortopédico, dispositivo de asistencia o prótesis?		
7. ¿Usas algún soporte ortopédico especial o dispositivo de asistencia para practicar deportes?		
8. ¿Tienes alguna erupción, llagas por presión o cualquier otro problema de la piel?		
9. ¿Tienes problemas de audición? ¿Usas una prótesis auditiva?		
10. ¿Tienes problemas de visión?		
11. ¿Usas algún dispositivo especial para el funcionamiento del intestino o de la vejiga?		
12. ¿Sientes ardor o molestias al orinar?		
13. ¿Has tenido hiperreflexia autónoma?		
14. ¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad relacionada con el calor (hipertermia) o el frío (hipotermia)?		

**Explica tus respuestas afirmativas aquí**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Por favor, indica si alguna vez has experimentado alguno de los siguientes.</b>	SI	NO
Inestabilidad atlantoaxial		
Evaluación radiográfica para diagnosticar inestabilidad atlantoaxial		
Articulaciones dislocadas (más de una)		
Sangrado fácil		
Agrandamiento del bazo		
Hepatitis		
Osteopenia u osteoporosis		
Dificultad para controlar el intestino		
Dificultad para controlar la vejiga		
Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las manos		
Entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies		
Debilidad en los brazos o las manos		
Debilidad en las piernas o los pies		
Cambios recientes en la coordinación		
Cambios recientes en la capacidad para caminar		
Espina bífida		

Alergia al látex		
------------------	--	--

Explica tus respuestas afirmativas aquí

---

---

---

**Por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.**

Firma del deportista \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Adaptado de - ©2010 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Osteopatía y Medicina Deportiva.