

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA VISITA NO AGONÍSTICA

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Sexo M F \_\_\_\_\_ Numero D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Nacido/a en \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_) El \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 N.I.F. \_\_\_\_\_ Residente en \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_)  
 Calle \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
 Tel. Fijo \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Título de escuela \_\_\_\_\_ Sociedad o equipo deportivo \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DEPORTIVA DEL ATLETA

Actividad deportiva actual \_\_\_\_\_ desde los años \_\_\_\_\_  
 Deportes practicados en pasado \_\_\_\_\_ durante de \_\_\_\_\_ años  
 Numero de entrenamientos a la semana \_\_\_\_\_ horas totales/semana \_\_\_\_\_

Esfuerzo físico:	Has percibido alguna vez?	EN REPOSO	DURANTE	EL
<b>ESFUERZO</b>				
Excepcional	Falta de respiración			
Notable	Palpitaciones/latidos acelerados			
Medio	Dolores/Opresión en el pecho			
Ligero	Desmayos/vértigos/mareos			

### HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR (Enfermedades de los familiares de primer grado: padres, hermanos, tíos, abuelos)

- Enfermedades cardiacas ¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Cuales? \_\_\_\_\_
- Presión alta ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Ictus ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Colesterol alto ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Enfermedades renales ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Diabetes ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Asma ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Alergias ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Enfermedades renales ¿Quién? \_\_\_\_\_
- Otro ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Ha habido casos de muerte repentina en edad temprana (<50) en familia? \_\_\_\_\_  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Ha habido enfermedades de carácter genético-hereditario? Especificar quienes y que enfermedades \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA PATOLÓGICA DEL ATLETA (enfermedades presentes o pasadas que has tenido)

Varicela	Tos ferina	Mononucleosis
Rubéola	Sarampión	Otitis/sinusitis/tonsilitis
Meningitis	Escarlatina	Escoliosis
Parotiditis (paperas)	Enfermedades intestinales	Deficiencias visuales (¿usas)
lentes?)		
Enfermedad reumática	Anemia	Graduación OD OI

Alergias		
Enfermedades cardiacas	¿Cuáles?	
Enfermedades pulmonares	¿Cuáles?	
Otro	¿Cuál?	
Cirugías	¿Cuáles?	
	¿En que año?	
Lesiones graves (fracturas/desgarros/distorsiones graves/dislocaciones)	¿Cuáles?	
	¿En que año?	
Traumatismos craneales	¿Cuáles?	
	¿En que años?	
Hospitalizaciones	¿Cuáles?	
¿Usas medicamentos regularmente?	¿Cuáles?	Dosis
¿Fumas? ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿Por cuantos años?		
¿Bebes alcohol? ¿Qué tipo? ¿Cuántas copas al día?		
¿Consumas café? ¿Cuántas tazas al día?		
Embarazos ¿Cuántos?		
Edad de la primera menstruación	Fecha del último periodo menstrual	
Vacuna antitetánica	Año del último refuerzo	

El abajo firmante declara haber informado correctamente al médico sobre sus condiciones psicofísicas, que todo lo mencionado anteriormente es verdad y que no ha omitido nada sobre enfermedades o discapacidades pasadas o presentes. Me comprometo a no utilizar sustancias reconocidas como ilegales y doy constancia de haber sido informado sobre los peligros derivados del consumo de tabaco y el abuso del alcohol.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del atleta \_\_\_\_\_  
(firma del padre/madre/tutor legal/delegado si el atleta es **menor de edad**)

**Importante:** llevar fotocopias de todos los informes médicos relacionados con el atleta, especialmente los de naturaleza cardiológica.

Nota: Antes de la visita, se recomienda no fumar, no consumir alcohol, no comer en exceso y llegar en óptimas condiciones de higiene personal.