



## ISEF N° 27 "CÉSAR S. VÁSQUEZ"

### EVALUACIÓN DE SALUD

#### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

(Complete y firmen el formulario con colaboración de su madre, padre o tutor/a.

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M): \_\_\_\_\_

¿Con cuál género se identifica? (F, M, otro): \_\_\_\_\_

La Institución se reserva el derecho de solicitar una Junta Médica y/o pedir la realización de estudios complementarios para ratificar o rectificar algún diagnóstico o patología.

Mencione **enfermedades médicas pasadas** y/o **actuales** que haya tenido.

¿Alguna vez se le practicó una **cirugía**? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas: \_\_\_\_\_

**Medicamentos y suplementos:** Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume: \_\_\_\_\_

¿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).

Durante las últimas dos semanas, ¿con que frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

|   | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Se siente nervioso/a, ansioso/a, inquieto/a?        | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| No es capaz de detener o controlar la preocupación. | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas. | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Se siente triste, deprimido/a o desesperado/a       | 0          | 1           | 2                           | 3                   |

**Conteste con una cruz por SÍ o por NO.** Dé una explicación para las preguntas en a que contestó "SÍ" en la parte final de este formulario.

| <b>PREGUNTAS GENERALES</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| 1- ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con un/a médico/a?   |           |           |
| 2- ¿Alguna vez algún/a médico/a le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?   |           |           |
| 3- ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?   |           |           |
| <b>PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD CARDIOVASCULAR</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| 4- ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía ejercicio o después de hacer ejercicio?   |           |           |
| 5- ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?  |           |           |
| 6- ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente con latidos irregulares (taquicardia) mientras hacía ejercicio?  |           |           |
| 7- ¿En alguna oportunidad el/la médico/a le dijo que tiene o tuvo problemas cardíacos desde el nacimiento a la fecha (soplos, arritmias, síncope, etc.)?  |           |           |
| 8- ¿Alguna vez un/a médico/a le pidió que se hiciera un examen del corazón, por alguna razón en particular fuera del examen de control? Por ejemplo electrocardiograma, ergometría cardíaca o ecocardiografía.  |           |           |
| 9- Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado/a o siente que le falta el aire más que a sus compañeros/as?   |           |           |
| 10- ¿Alguna vez tuvo convulsiones?  |           |           |
| <b>PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| 11- ¿Algún miembro de su familia falleció debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada antes de los 35 años de edad? (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)   |           |           |
| 12- ¿Alguno de los miembros de su familia padece problemas cardíacos genéticos como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? |           |           |
| 13- ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?   |           |           |
| <b>PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| 14- ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego? ¿Tiene operaciones en huesos y/o articulaciones?  |           |           |
| 15- ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?   |           |           |
| <b>PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| 16- ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?   |           |           |
| 17- ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?  |           |           |
| 18- ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?   |           |           |
| 19- ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?   |           |           |
| 20- ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?  |           |           |
| 21- ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?  |           |           |
| 22- ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?  |           |           |
| 23- ¿Tiene usted o algún miembro de su familia anemia crónica?  |           |           |
| 24- ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?   |           |           |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 25- ¿Le preocupa su peso?  |  |  |
| 26- ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?   |  |  |
| 27- ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?  |  |  |
| 28- ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?  |  |  |
| 29- ¿Tiene algún tipo de discapacidad?   |  |  |
| 30- ¿Existe <b>alguna otra razón no mencionada aquí por la que no debería realizar un programa de ejercicios y/o deportes aunque lo deseara?</b> |  |  |

| <b>SOLO PARA PERSONAS MENSTRUANTES</b>                                    | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| 31- ¿En alguna oportunidad tuvo falta de períodos menstruales?            |           |           |
| 32- ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual?                         |           |           |
| 33- ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido durante los últimos 12 meses? |           |           |

Proporcione **una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí"**

---



---



---



---



---

**El presente formulario revista carácter de DECLARACIÓN JURADA. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente a la/el aspirante y/o padre, madre o tutor/a si es menor de edad liberando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante y a la Institución, declarando bajo fe de juramento que los datos que anteceden dados por mí son verídicos y correctos. Asimismo, me comprometo a informar de cualquier enfermedad, lesión o estado de gravidez durante el cursado de la carrera.**

Firma de la/el aspirante: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Firma padre/madre o tutor/a: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_