



La información que aparece en este documento es de carácter confidencial y está protegida por el secreto médico, destinado para el uso exclusivo del médico de mi equipo y él / ella sola (e).

Cualquier revisión, distribución o copia de este documento está estrictamente prohibido

Nombre

Apellido

Federación nacional

Fecha de nacimiento

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Antecedentes personales

Sí No

1. ¿Alguna vez se ha desmayado o se desmayó haciendo ejercicio?
2. ¿Alguna vez ha tenido/sentido opresión en el pecho?
3. ¿El correr jamás le ha causado opresión en el pecho?
4. ¿Alguna vez ha tenido opresión en el pecho, tos, taquicardia, que le hacía difícil que usted pueda realizar deportes?
5. ¿Alguna vez se ha tratado o ha sido hospitalizado por asma?
6. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?
7. ¿Le han dicho alguna vez que tiene epilepsia?
8. ¿Le han dicho alguna vez que debe renunciar a los deportes por problemas de salud?
9. ¿Le han dicho alguna vez que tiene la presión arterial alta?
10. ¿Le han dicho alguna vez que tiene el colesterol alto?
11. ¿Ha tenido problemas para respirar o ha tosido durante o después de la actividad física?
12. ¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después del ejercicio?
13. ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?
14. ¿Tiene o ha tenido alguna vez aceleración del corazón o arritmia?
15. ¿Se cansa más rápido que lo que sus amigos lo hacen durante el ejercicio?
16. ¿Le han dicho alguna vez que tiene un soplo en el corazón?
17. ¿Le han dicho alguna vez que tiene una arritmia cardíaca?
18. ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?
19. ¿Le han dicho alguna vez que tenía fiebre reumática?
20. ¿Tiene alguna alergia?
21. ¿Está tomando algún medicamento en la actualidad?
22. ¿Ha tomado alguna medicación rutinaria en los últimos dos años?



SPORT IN
THE OLYMPIC
PROGRAMME





Antecedentes familiares

Alguien en su familia menor de 50 años de edad:

Sí No

- 23. ¿Murió de repente y de forma inesperada?
- 24. ¿Ha sido tratado por desmayos recurrentes?
- 25. ¿Tuvo problemas de convulsiones inexplicables?
- 26. ¿Tenía ahogamiento inexplicable mientras practicaba la natación?
- 27. ¿Tuvo un accidente de coche sin explicación?
- 28. ¿Tuvo un trasplante de corazón?
- 29. ¿Tiene implantado Marcapasos o desfibrilador ?
- 30. ¿Ha recibido tratamiento para latido cardíaco irregular?
- 31. ¿Tuvo una cirugía de corazón?
- 32. ¿Alguien en su familia ha experimentado la muerte súbita del recién nacido (muerte súbita)?
- 33. ¿Alguien en su familia ha sido informada de que tiene el síndrome de Marfan?

Certifico que toda la información sea exacta

Firma del atleta

Firma del padre

Fecha



SPORT IN
THE OLYMPIC
PROGRAMME

