



Evaluación de la Participación Física

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sport: _____

Explique las contestaciones de "Si"

Explique

1. ¿Jamás ha sido hospitalizado?..... si no _____
¿Jamás ha tenido cirugía?..... si no _____
2. ¿Estas tomando medicina o pastillas?..... si no _____
3. ¿Tienes alguna alergia (medicina, abejas, o otros insectos que pican)? si no _____
4. ¿Alguna vez te has desmallado durante o después de los ejercicios? si no _____
¿Alguna vez te has sentido con mareos durante o después de los ejercicios? .. si no _____
¿Alguna vez has tenido dolor de pecho durante o después de los ejercicios? ... si no _____
¿Te cansas más rápido que tus amistades cuando haciendo ejercicios? si no _____
¿Alguna vez has tenido la presión alta?..... si no _____
¿Alguna vez te han dicho que tienes un murmullo de corazón?..... si no _____
¿Alguna vez te han dicho que tienes latidos del corazón o saltados del corazón?..... si no _____
¿Alguno de tu familia has fallecido de problemas del corazón o muerte repentina antes de 50 años? si no _____
5. ¿Tienes cualesquiera problemas de piel (picazones, sarpullidos, acné)?..... si no _____
6. ¿Has tenido alguna herida en la cabeza?..... si no _____
¿Alguna vez te han derivado o inconsciente?..... si no _____
¿Has tenido un ataque? si no _____
¿Has tenido un aguijón, quemador, o nervio pellizcado?..... si no _____
7. ¿Alguna vez has tenido calambres del calor o músculo?..... si no _____
¿Alguna vez te has desmayado o mareos por el calor? si no _____
8. ¿Tienes problemas respirando o toses durante o después de la actividad? si no _____
9. ¿Utilizas algún equipo especial (rodilleras, refuerzos, rollos de cuello, guardia de boca, guardias de ojo, etc.)?..... si no _____
10. ¿Has tenido problemas con tus ojos o visión? si no _____
11. ¿Has tenido torció/esforzado, dislocado, fracturas, roto o había repetido hinchando es o otras heridas de cualquier hueso o articulaciones?..... si no _____
12. ¿Has tenido alguna otros problemas médica (mononucleosis contagioso, diabetes, etc.)?..... si no _____
13. ¿Has tenido cualquier otros problemas o la herida médicos desde que su última visita? si no _____
14. ¿Cuándo fue tu última vacuna del tétano? _____
¿Cuándo fue tu última vacuna del sarampión? _____
15. ¿Cuándo fue tu periodo menstrual? _____
¿Cuándo fue su último período menstrual? _____
¿Cuándo fue el tiempo más largo entre sus periodos del año pasado? _____

Yo por el presente indico, al mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas de encima son correctas.

Firma de Atleta: _____

Fecha: _____

Firma de Padre(s): _____

Fecha: _____

Reviewed By: _____

Date: _____