Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuel .

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

3

Revisado 11/26

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

☐ Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. *(marque la casilla si está completa)*

EXAMEN				
Altura:	**Peso:**	☐ **Masculino**	☐ **Femenino**	
BP: / (/)	**Pulso:**	**Visión:** R 20/	L 20/	**Corregido:** Sí No

MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas de los ojos iguales • Oído		
Ganglios linfáticos		
Corazón • Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo		
Neurológico		

MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	**NORMAL**	**HALLAZGOS ANORMALES**
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____Fecha del examen:___/___/___

Dirección: _____Teléfono: ( ) _____Correo electrónico: _____

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.