

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PREPARTICIPACIÓN**

Fecha de evaluación:

Deporte: Puesto y categoría: Antigüedad en deporte actual: Nivel de educación:  
 Nombre y Apellido: Sexo: F/M DNI: Edad: F. Nac.: / / Ocupación:  
 Lugar de nacimiento: Nacionalidad: Dirección: Localidad: Pcia:  
 E-mail: TEL: Entrenador: Médico: Cobertura médica:

**Marcar con una cruz la opción correcta y complete según corresponda.**

1-¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades: diabetes <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> tiroides <input type="checkbox"/> otras:.....										Sí	No
2-¿Está recibiendo algún medicamento oral o inyectable? ¿Cuál?.....											
3-¿Presenta alguna insuficiencia: renal <input type="checkbox"/> hepática <input type="checkbox"/> cardíaca <input type="checkbox"/> pulmonar <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> .....											
¿Está transplantado?											
4-¿Es alérgico a: medicamentos <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> comidas <input type="checkbox"/> polen <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> .....											
5 -¿Se ha desmayado alguna vez durante o después del ejercicio? ¿Por qué?.....											
6-¿Al hacer ejercicio, ha notado en el pecho: dolor <input type="checkbox"/> opresión <input type="checkbox"/> o palpitaciones <input type="checkbox"/> ?											
7-¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades cardiovasculares? presión baja <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/>											
colesterol o triglicéridos altos <input type="checkbox"/> fiebre reumática <input type="checkbox"/> enf. de Marfan <input type="checkbox"/> corazón de atleta <input type="checkbox"/> miocardiopatía <input type="checkbox"/>											
endocarditis <input type="checkbox"/> arritmia <input type="checkbox"/> enf. de válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> serología de Chagas (+) <input type="checkbox"/>											
8-¿Le han realizado en el último año un estudio del corazón? ¿Cuál?: ..... ¿Por qué?.....											
9-¿Ha fallecido algún familiar (padre, madre, hermanos por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años)?											
10-¿Tiene familiares directos con: diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> enf. coronaria <input type="checkbox"/> colesterol o triglicéridos altos <input type="checkbox"/> ?											
11-¿Notó últimamente: aumento de apetito <input type="checkbox"/> deseo de orinar (nocturno) <input type="checkbox"/> mayor ingesta líquida <input type="checkbox"/> ?											
12-¿Lo operaron alguna vez? ¿De qué?..... ¿En qué año?.....											
13-¿Ha tenido alguna de las siguientes lesiones o enfermedades osteoarticulares?											
Patología	Parte del cuerpo	Nº	Izq	Der	Fecha	Especifique el tratamiento					
						Medicación	Infiltración	Kinesio	Cirugía		
Esguince											
Contractura											
Tendinopatía											
Desgarro											
Ligamentaria											
Luxación											
Escoliosis											
Periostitis											
Fisura											
Fractura traumática											
Fractura por estrés											
Diferente longitud de miembros											
Hernia de disco											
Lesión articular											
Lesión de cartílago											
Lesión de meniscos											
Otras enfermedades óseas o articulares:.....											
14-¿Presenta algún dolor óseo o articular crónico? ¿Cuál?.....											
15- ¿Le han realizado alguna vez un estudio de la pisada por algún problema ortopédico? ¿En que año?.....											
16- ¿Ha usado plantillas en los últimos 3 años? ¿Por qué?.....											
17-¿Tuvo alguna alteración en las uñas de los pies?: uña encarnada <input type="checkbox"/> hongos <input type="checkbox"/> hematomas <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> .....											
18-¿Tiene tos <input type="checkbox"/> silbidos <input type="checkbox"/> o dificultad para respirar <input type="checkbox"/> durante o después del ejercicio?											
¿Le han efectuado una espirometría? ¿Cuándo?.....											
19-¿Tiene alguna discapacidad? ¿Cuál?.....											

20-¿Le falta algún órgano?: riñón <input type="checkbox"/> ojo <input type="checkbox"/> bazo <input type="checkbox"/> testículo <input type="checkbox"/> cardiopulmonar <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		
21-¿Tiene alguna enf. digestiva?: gastritis <input type="checkbox"/> úlcera <input type="checkbox"/> celíaca <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> hemorroides <input type="checkbox"/> fisura anal <input type="checkbox"/> parásitos <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		
22-¿Recibió todas las vacunas obligatorias hasta su edad? <b>Adjunte una copia del carnet de vacunas a este cuestionario</b>		
23-¿Tuvo alguna de estas infecciones?: Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
24-¿Ha tenido mononucleosis infecciosa en el último mes?		
25-¿Presentó alguna manifestación de enfermedad de transmisión sexual?: secreción <input type="checkbox"/> úlcera <input type="checkbox"/> verruga genital <input type="checkbox"/> VDRL (+) <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		
26- SOLO si tuvo su primer contacto sexual, responda. Utiliza preservativo: siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/>		
27- ¿Se realizó la prueba diagnóstica de HIV? Por su voluntad <input type="checkbox"/> por pedido médico <input type="checkbox"/> a pedido de sus padres <input type="checkbox"/> a pedido de su pareja <input type="checkbox"/>		
28-¿Tiene alguna enfermedad o tratamiento que disminuya sus defensas?: HIV <input type="checkbox"/> corticoides <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		
29- ¿Ha recibido transfusiones de sangre o hemoderivados alguna vez?		
30-¿Padece infecciones con frecuencia?: urinarias <input type="checkbox"/> faringitis <input type="checkbox"/> sinusitis <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> herpes <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>		
31-¿Tiene problemas en la piel?: erupción <input type="checkbox"/> lunares <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> acné <input type="checkbox"/> forúnculos <input type="checkbox"/> eccema <input type="checkbox"/> verruga <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		
32-¿Usa habitualmente protector solar?		
33-¿Ha sufrido algún traumatismo craneal o conmoción cerebral? ¿Cuándo?..... ¿Se acompañó de pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> memoria <input type="checkbox"/> confusión <input type="checkbox"/> ?		
34-¿Ha tenido convulsiones alguna vez? ¿Cuándo? .....¿Conoce la causa?..... ¿Tuvo Epilepsia?.....		
35-¿Durante o fuera del ejercicio, tiene dolor de cabeza <input type="checkbox"/> y/o mareos <input type="checkbox"/> ?		
36-¿Tuvo en forma persistente hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> inmovilidad <input type="checkbox"/> en los miembros tras un golpe o caída?		
37-¿Ha sufrido deshidratación <input type="checkbox"/> o golpe de calor <input type="checkbox"/> al hacer ejercicio?		
38- ¿Presenta: hematomas fáciles <input type="checkbox"/> petequias <input type="checkbox"/> sangrado de encías <input type="checkbox"/> abundante menstruación <input type="checkbox"/> o sangrados fuera del periodo menstrual <input type="checkbox"/> ?		
39-¿Ha tenido algún problema ocular o de visión? ¿Cuál?.....		
40- ¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
41-¿Usa algún protector en su deporte?: ocular <input type="checkbox"/> bucal <input type="checkbox"/> escudo facial <input type="checkbox"/> casco <input type="checkbox"/> rodillera <input type="checkbox"/> tobillera <input type="checkbox"/> otro....		
42-¿Está conforme con su peso? Si no lo está, ¿qué hace para ganar o perder peso?.....		
43-¿Cuánto líquido consume cuando realiza ejercicio?: agua.....Lts bebidas deportivas .....Lts otras.....Lts		
44-¿Ha tomado alguna vez o toma suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o mejorar su rendimiento? ¿Cuáles?.....		
45- ¿Se siente extremadamente cansado? ¿Desde cuándo?.....		
46-¿Siente que descansa cuando duerme? ¿Qué necesita para poder inducir el sueño?.....		
47-¿Sufrió ataques de pánico <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> fobias <input type="checkbox"/> u otro trastorno de la personalidad <input type="checkbox"/> ?		
48- -Fuma <input type="checkbox"/> ¿Cuánto?..... -Bebe alcohol los fines de semana <input type="checkbox"/> ¿Cuánto?..... -Consume droga <input type="checkbox"/> ¿Cuál?..... -Mira TV <input type="checkbox"/> ¿Cuántas horas? ..... -Usa PC o Playstation <input type="checkbox"/> ¿Cuántas horas?..... -¿Dispone de tiempo libre? ¿En qué lo utiliza?.....		
49-¿Tuvo algún chequeo médico en el último año?		
50-¿Visita al dentista una vez al año?		
51- Si es mujer: ¿visitó al ginecólogo en el último año?		
52- ¿Ha menstruado alguna vez? ¿A qué edad fue la primera menstruación?.....		
53-¿Cada cuántos días menstrua?..... ¿Su período es regular?		
54-¿Usa algún método anticonceptivo: pastillas <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ?		
55-¿Está embarazada? ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación?.....		

**Por la presente afirmo, en lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas a las preguntas planteadas son completas y correctas.**

Firma del deportista..... Firma del padre/tutor o encargado..... Fecha.....  
Aclaración..... DNI.....