

Evaluación física de preparticipación Preparticipation Physical Evaluation

Fecha del examen Date of Exam \_\_\_\_\_

Nombre Name \_\_\_\_\_ Sexo Sex \_\_\_\_\_ Edad Age \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento Date of birth \_\_\_\_\_

Grado Grade \_\_\_\_\_ Escuela School \_\_\_\_\_ Deporte(s) Sport(s) \_\_\_\_\_

Dirección Address \_\_\_\_\_ Teléfono Phone \_\_\_\_\_

Médico personal Personal Physician \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contáctese con: In case of emergency, contact:

Nombre Relación Teléfono (Particular) Teléfono (del trabajo)  
Name Relationship Phone (H) Phone(W)

Explique las respuestas por "Sí" abajo. Explain "Yes" answers below.  
Marque con un círculo las preguntas cuyas respuestas desconoce. Circle questions you don't know the answers to.

- |  | Sí<br>Yes                                   | No<br>No                          |  | Sí<br>Yes                         | No<br>No   |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|--|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|-------------------------------|---|---|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez un médico le negó o restringió su participación en deportes por algún motivo?<br><small>Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 23. ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene asma o alergias?<br><small>Has a doctor ever told you that you have asthma or allergies?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 2. ¿Actualmente sufre alguna afección médica (como diabetes o asma)?<br><small>Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 24. ¿Tose, tiene sibilancia o dificultades para respirar durante o después de la actividad física?<br><small>Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 3. ¿Actualmente está tomando alguna píldora o medicamento recetado o no recetado (de venta libre)?<br><small>Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medicines or pills?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 25. ¿Alguna persona de su familia tiene asma?<br><small>Is there anyone in your family who has asthma?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 4. ¿Tiene alergias a los medicamentos, al polen, a los alimentos o a las picaduras de insectos?<br><small>Do you have allergies to medicines, pollens, foods, or stinging insects?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 26. ¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?<br><small>Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 5. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE la actividad física?<br><small>Have you ever passed out or nearly passed out DURING exercise?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 27. ¿Nació sin —o le falta— un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?<br><small>Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 6. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DESPUÉS DE la actividad física?<br><small>Have you ever passed out or nearly passed out AFTER exercise?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 28. ¿Tuvo mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?<br><small>Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 7. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor o presión en el pecho durante la actividad física?<br><small>Have you ever had discomfort, pain, or pressure in your chest during exercise?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 29. ¿Tiene alguna erupción, escaras por decúbito u otros problemas cutáneos?<br><small>Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 8. ¿El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad física?<br><small>Does your heart race or skip beats during exercise?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 30. ¿Tuvo una infección por herpes cutáneo?<br><small>Have you had a herpes skin infection?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 9. ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene lo siguiente?:<br>(Marque todas las que correspondan):<br><small>Has a doctor ever told you that you have (check all that apply):</small><br><input type="checkbox"/> Alta presión arterial High blood pressure<br><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco A heart murmur<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto High cholesterol<br><input type="checkbox"/> Infección cardíaca A heart infection   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 31. ¿Alguna vez tuvo una lesión o concusión en la cabeza?<br><small>Have you ever had a head injury or concussion?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 10. ¿Alguna vez el médico le indicó una prueba cardíaca? (por ejemplo: ECG, ecocardiograma)<br><small>Has a doctor ever ordered a test for your heart? (for example: ECG, echocardiogram)</small>  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 32. ¿Alguna vez se golpeó la cabeza y estuvo confundido o perdió la memoria?<br><small>Have you been hit in the head and been confused or lost your memory?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 11. ¿Algún miembro de su familia falleció sin una razón aparente?<br><small>Has anyone in your family died for no apparent reason?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 33. ¿Alguna vez tuvo un ataque?<br><small>Have you ever had a seizure?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 12. ¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?<br><small>Does anyone in your family have a heart problem?</small>  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 34. ¿Tiene dolores de cabeza con la actividad física?<br><small>Do you have headaches with exercise?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 13. ¿Algún miembro de la familia o pariente murió por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50?<br><small>Has any family member or relative died of heart problems or of sudden death before age 50?</small>  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 35. ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, cosquilleo o debilidad en los brazos o piernas después de golpearse o caerse?<br><small>Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?</small>                            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 14. ¿Algún miembro de la familia tiene el síndrome de Marfan?<br><small>Does anyone in your family have Marfan syndrome?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 36. ¿Alguna vez estuvo imposibilitado de mover los brazos o piernas después de golpearse o caerse?<br><small>Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 15. ¿Alguna vez pasó la noche en un hospital?<br><small>Have you ever spent the night in a hospital?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 37. Si debe hacer actividad física cuando hace calor, ¿tiene calambres musculares severos o se descomponen?<br><small>When exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 16. ¿Alguna vez se sometió a una cirugía?<br><small>Have you ever had surgery?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 38. ¿Algún médico le dijo a usted o a alguien de su familia tiene la enfermedad de las células falciformes o características de la misma?<br><small>Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?</small> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 17. ¿Alguna vez tuvo una lesión, como un esguince, desgarro muscular o de ligamentos o tendinitis, que le hiciera perder un entrenamiento o un partido? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada:<br><small>Have you ever had an injury, like a sprain, muscle or ligament tear, or tendinitis, that caused you to miss a practice or game? If yes, circle affected area below:</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 39. ¿Alguna vez tuvo un problema con los ojos o la vista?<br><small>Have you had any problems with your eyes or vision?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 18. ¿Alguna vez se quebró o fracturó un hueso o se dislocó las articulaciones? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada:<br><small>Have you had any broken or fractured bones or dislocated joints? If yes, circle below:</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 40. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?<br><small>Do you wear glasses or contact lenses?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 19. ¿Tuvo una lesión ósea o articular que requiriese radiografías, MRI, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, un corsé, un yeso o muletas? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo abajo:<br><small>Have you had a bone or joint injury that required x-rays MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches? If yes, circle below:</small>  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 41. ¿Usa anteojos protectores, como por ejemplo gafas o máscaras para la cara?<br><small>Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Cabeza<br/><small>Head</small></td> <td style="width: 10%;">Cuello<br/><small>Neck</small></td> <td style="width: 10%;">Hombro<br/><small>Shoulder</small></td> <td style="width: 10%;">Brazo<br/><small>Upper Arm</small></td> <td style="width: 10%;">Codo<br/><small>Elbow</small></td> <td style="width: 10%;">Antebrazo<br/><small>Forearm</small></td> <td style="width: 10%;">Mano/<br/>Dedos<br/><small>Hand/ Fingers</small></td> <td style="width: 10%;">Pecho<br/><small>Chest</small></td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">Espalda dorsal<br/><small>Upper Back</small></td> <td style="width: 10%;">Espalda lumbar<br/><small>Lower Back</small></td> <td style="width: 10%;">Cadera<br/><small>Hip</small></td> <td style="width: 10%;">Muslo<br/><small>Thigh</small></td> <td style="width: 10%;">Rodilla<br/><small>Knee</small></td> <td style="width: 10%;">Pantorrilla/<br/>espinilla<br/><small>Calf/ Shin</small></td> <td style="width: 10%;">Tobillo<br/><small>Ankle</small></td> <td style="width: 10%;">Pie/<br/>dedos<br/><small>Foot/ Toes</small></td> </tr> </table> | Cabeza<br><small>Head</small>               | Cuello<br><small>Neck</small>     | Hombro<br><small>Shoulder</small>  | Brazo<br><small>Upper Arm</small> | Codo<br><small>Elbow</small>                           | Antebrazo<br><small>Forearm</small>            | Mano/<br>Dedos<br><small>Hand/ Fingers</small> | Pecho<br><small>Chest</small> | Espalda dorsal<br><small>Upper Back</small> | Espalda lumbar<br><small>Lower Back</small> | Cadera<br><small>Hip</small> | Muslo<br><small>Thigh</small> | Rodilla<br><small>Knee</small> | Pantorrilla/<br>espinilla<br><small>Calf/ Shin</small> | Tobillo<br><small>Ankle</small> | Pie/<br>dedos<br><small>Foot/ Toes</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. ¿Está conforme con su peso?<br><small>Are you happy with your weight?</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cabeza<br><small>Head</small>  | Cuello<br><small>Neck</small>               | Hombro<br><small>Shoulder</small> | Brazo<br><small>Upper Arm</small>  | Codo<br><small>Elbow</small>      | Antebrazo<br><small>Forearm</small>                    | Mano/<br>Dedos<br><small>Hand/ Fingers</small> | Pecho<br><small>Chest</small>                  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| Espalda dorsal<br><small>Upper Back</small>  | Espalda lumbar<br><small>Lower Back</small> | Cadera<br><small>Hip</small>      | Muslo<br><small>Thigh</small>  | Rodilla<br><small>Knee</small>    | Pantorrilla/<br>espinilla<br><small>Calf/ Shin</small> | Tobillo<br><small>Ankle</small>                | Pie/<br>dedos<br><small>Foot/ Toes</small>     |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 20. ¿Alguna vez tuvo una fractura por estrés?<br><small>Have you ever had a stress fracture?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 43. ¿Está tratando de engordar o adelgazar?<br><small>Are you trying to gain or lose weight?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 21. ¿Alguna vez le dijeron que se hiciera —o se hizo— un radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?<br><small>Have you been told that you have or have you had an x-ray for atlantoaxial (neck) instability?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 44. ¿Alguien le recomendó que cambiar de peso o de hábitos alimentarios?<br><small>Has anyone recommended you change your weight or eating habits?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
| 22. ¿Normalmente usa un corsé o dispositivo de sostén?<br><small>Do you regularly use a brace or assistive device?</small>   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | 45. ¿Usted limita o controla cuidadosamente lo que come?<br><small>Do you limit or carefully control what you eat?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | 46. ¿Tiene alguna inquietud sobre la que le gustaría hablar con su médico?<br><small>Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | <b>SÓLO PARA MUJERES FEMALE ONLY</b>   |                                   |  |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | 47. ¿Alguna vez tuvo un período menstrual?<br><small>Have you ever had a menstrual period?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | 48. ¿A qué edad tuvo su primer período menstrual?<br><small>How old were you when you had your first menstrual period?</small>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | 49. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?<br><small>How many periods have you had in the last 12 months?</small>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                               |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |
|  |   |                                   | Explique las respuestas por "Sí" aquí: Explain "Yes" answers here:<br>_____<br>_____<br>_____  |                                   |  |  |  |                               |   |   |                              |                               |                                |  |                                 |  |                          |                          |   |                          |                          |

Por el presente declaro que a mi leal saber y entender, las respuestas dadas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Firma del deportista Signature of Athlete \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha Date \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Date of Birth

**Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ **% Grasa corporal (opcional)** \_\_\_\_\_ **Pulso** \_\_\_\_\_ **PA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
Height Weight % Body Fat (optional) Pulse BP

**Visión D 20/** \_\_\_\_\_ **I 20/** \_\_\_\_\_ **Corregido: S N** **Pupilas: Iguales Desiguales** \_\_\_\_\_  
Vision R 20/ L 20/ Corrected: Y N Pupils: Equal Unequal

	NORMAL NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES ABNORMAL FINDINGS	INICIALES* INITIALS*
<b>MÉDICOS</b> MEDICAL			
<b>Aspecto</b> Appearance			
<b>Ojos/oídos/nariz/garganta</b> Eyes/ears/nose/throat			
<b>Audición</b> Hearing			
<b>Ganglios linfáticos</b> Lymph nodes			
<b>Corazón</b> Heart			
<b>Soplos</b> Murmurs			
<b>Latidos</b> Pulses			
<b>Pulmones</b> Lungs			
<b>Abdomen</b> Abdomen			
<b>Genitourinario (sólo los hombres)+</b> Genitourinary (males only)+			
<b>Piel</b> Skin			
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b> MUSCULOSKELETAL			
<b>Cuello</b> Neck			
<b>Espalda</b> Back			
<b>Hombro/brazo</b> Shoulder/arm			
<b>Codo/antebrazo</b> Elbow/forearm			
<b>Muñeca/mano/dedos</b> Wrist/hand/fingers			
<b>Cadera/muslo</b> Hip/thigh			
<b>Rodilla</b> Knee			
<b>Pierna/tobillo</b> Leg/ankle			
<b>Pie/dedos</b> Foot/toes			

\* **Exclusivo para ambientes con múltiples examinadores.**  
\*Multiple-examiner set-up only.  
**+Se recomienda que haya un tercero presente para el examen genitourinario.**  
+Having a third party present is recommended for the genitourinary examination.

**Notas:**  
Notes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del médico (en letra de molde/a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

**Evaluación física de preparticipación**  
Preparticipation Physical Evaluation

**FORMULARIO DE APTO FÍSICO**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Sex Age Date of birth

- Apto sin restricción**  
Cleared without restriction
- Apto, con recomendaciones para continuar con la evaluación o el tratamiento para:**  
Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**No apto para**  **Todos los deportes**  **Ciertos deportes:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_  
Not Cleared for All sports Certain sports: Reason:

**Recomendaciones:**  
Recommendations:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**  
EMERGENCY INFORMATION

**Alergias** \_\_\_\_\_  
Allergies

**Otra información** \_\_\_\_\_  
Other Information

**Nombre del médico (en letra de molde/ a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

©2004 Academia Estadounidense de Médicos Familiares, Academia Estadounidense de Pediatría, Universidad Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Estadounidense para la Medicina del Deporte y Academia Osteopática Estadounidense para la Medicina del Deporte.  
©2004 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

**Evaluación física de preparticipación**  
Preparticipation Physical Evaluation

**FORMULARIO DE APTO FÍSICO**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Sex Age Date of birth

- Apto sin restricción**  
Cleared without restriction
- Apto, con recomendaciones para continuar con la evaluación o el tratamiento para:**  
Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**No apto para**  **Todos los deportes**  **Ciertos deportes:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_  
Not Cleared for All sports Certain sports: Reason:

**Recomendaciones:**  
Recommendations:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**  
EMERGENCY INFORMATION

**Alergias** \_\_\_\_\_  
Allergies

**Otra información** \_\_\_\_\_  
Other Information

**Nombre del médico (en letra de molde/ a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

©2004 Academia Estadounidense de Médicos Familiares, Academia Estadounidense de Pediatría, Universidad Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Estadounidense para la Medicina del Deporte y Academia Osteopática Estadounidense para la Medicina del Deporte.  
©2004 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.