

Formulario Médico del Atleta – EXAMEN FÍSICO

(Debe ser completado por un Profesional Médico Certificado calificado para realizar exámenes y recetar medicación)



Nombre y apellido del atleta: _____

INFORMACIÓN FÍSICA MÉDICA

(Debe ser completada por un Profesional Médico Certificado, calificado para realizar exámenes y recetar medicamentos)

Altura	Peso	IMC (opcional)	Temperatura	Pulso	Saturación de oxígeno	Presión arterial (en mmHg)	Visión
cm	kg	IMC	C			PA derecha: PA izquierda:	Visión derecha - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D
plg	lbs	Grasa corporal %	F				Visión izquierda - 20/40 o mejor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/D

Audición derecha (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar
 Audición izquierda (frote de dedos) Responde Sin respuesta No evaluar
 Canal auditivo derecho Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Canal auditivo izquierdo Despejado Cerumen Cuerpo extraño
 Tímpano derecho Despejado Perforación Infección NA
 Tímpano izquierdo Despejado Perforación Infección NA
 Higiene bucal Buena Regular Deficiente
 Agrandamiento de la tiroides No Sí
 Agrandamiento de nódulos linfáticos No Sí
 Soplo del corazón (supina) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Soplo del corazón (vertical) No 1/6 o 2/6 3/6 o mayor
 Ritmo cardíaco Regular Irregular
 Pulmones Despejados No despejados
 Edema en la pierna derecha No 1+ 2+ 3+ 4+
 Edema en la pierna izquierda No 1+ 2+ 3+ 4+
 Simetría del pulso radial Sí D>I I>D
 Cianosis No Sí, describa
 Dedos hipocráticos No Sí, describa

Sonidos intestinales Sí No
 Hepatomegalia No Sí
 Esplenomegalia No Sí
 Sensibilidad abdominal No CSD CID CSI CII
 Sensibilidad renal No Derecho Izquierdo
 Reflejo del miembro superior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro superior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (D) Normal Reducido Hiperreflexia
 Reflejo del miembro inferior (I) Normal Reducido Hiperreflexia
 Marcha anormal No Sí, describa abajo
 Espasticidad No Sí, describa abajo
 Temblor No Sí, describa abajo
 Movilidad del cuello y la espalda Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros superiores Plena No plena, describa
 Movilidad de miembros inferiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros superiores Plena No plena, describa
 Fortaleza de los miembros inferiores Plena No plena, describa
 Pérdida de sensibilidad No Sí, describa abajo

COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL E INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL (IAA) (Seleccione una)

- El atleta no muestra NINGUNA EVIDENCIA de síntomas neurológicos o manifestaciones físicas asociadas con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial. **O**
- El atleta tiene síntomas neurológicos o manifestaciones físicas que podrían asociarse con la compresión de la médula espinal o inestabilidad atlantoaxial, y **deberá tener una evaluación neurológica adicional** para descartar el riesgo adicional de una lesión de la médula espinal antes de ser autorizado a participar en deportes.

AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ATLETA (DEBE SER COMPLETADO SOLO POR EL EXAMINADOR)

Examinadores Médicos Certificados: Se recomienda que el examinador revise los ítem del historial médico con el atleta o su tutor antes de realizar el examen físico. Si un atleta necesita una evaluación médica adicional, por favor haga una remisión abajo y el segundo médico de la remisión deberá completar la página 4.

- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales sin restricciones.
- Este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales **CON** restricciones. **Describe** →
- Este atleta **NO PODRÁ** participar en deportes de Olimpiadas Especiales en este momento, y **DEBERÁ** ser tener una evaluación adicional de un médico por las siguientes inquietudes:
- Con relación al examen cardíaco Infección aguda Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- Con relación al examen neurológico Hipertensión de etapa 2 o mayor Hepatomegalia o esplenomegalia
- Otro, por favor describa:

Notas adicionales del Examinador Certificado y seguimiento recomendado (pero no exigido):

- Seguimiento con un cardiólogo Seguimiento con un neurólogo Seguimiento con un médico de cabecera
- Seguimiento con un especialista de la visión Seguimiento con un especialista de la audición Seguimiento con un dentista o higienista dental
- Seguimiento con un podólogo Seguimiento con un terapeuta físico Seguimiento con un nutricionista
- Otro/Notas del examen:

Firma del Profesional Médico Certificado	Nombre:
	E-mail:
	Teléfono:
	Número de licencia:
Fecha del examen	



Nombre del atleta: _____

Esta página solo necesita ser completada y firmada si el médico de la página tres no autoriza al atleta e indica que se necesita un seguimiento.

El atleta deberá traer las páginas previamente completadas a la cita con el especialista.

Nombre del examinador: _____

Especialidad: _____

He examinado a este atleta por las siguientes inquietudes médicas - *Por favor describa:*

- Con relación al examen cardíaco Infección aguda Saturación de oxígeno menos de 90% en el aire de la habitación
- Con relación al examen neurológico Hipertensión de etapa 2 o mayor Hepatomegalia o esplenomegalia
- Otro, por favor describa:

En mi opinión profesional, este atleta PUEDE participar en deportes de Olimpiadas Especiales (indique restricciones o limitaciones abajo):

- Sí, sin restricciones Sí, pero con restricciones (indique abajo) No

Notas adicionales del Examinador/Restricciones:

E-mail del Examinador: _____

Teléfono del Examinador: _____

Licencia: _____

Firma del Examinador

Fecha

Esta sección deberá ser completada solo por el personal de Olimpiadas Especiales, si corresponde.

¿Este examen médico fue completado en un evento de MedFest? Sí No

¿El atleta es un Compañero Unificado o un participante de Atletas Jóvenes? Compañero Unificado Atleta Joven