Historial de Salud
(Séptimo Grado a Secundaria)

Nombre del estudiante:_____ Fecha de nacimiento:_____ Sexo: M ☐ F ☐

Nombre del Padre/Tutor:_____ Teléfono del Padre/Tutor:_____

Marque todas las que correspondan. Explique las respuestas afirmativas a continuación.

	S	N
1. ¿Ha habido una enfermedad o lesión médica desde el último chequeo o examen físico deportivo?	☐	☐
2. ¿El estudiante está tomando actualmente algún medicamento recetado o de venta libre (enumere todos los medicamentos)?	☐	☐
3. ¿El estudiante tiene alguna alergia? ¿Qué tipo de reacción desarrolla el estudiante?	☐	☐
4. ¿Alguna vez el estudiante ha tenido dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos, etc. durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐
¿El estudiante tiene alguna afección cardíaca (soplo cardíaco, miocardiopatía, síndrome de Marfan, etc.)?	☐	☐
¿Alguna vez un médico ha negado o restringido la participación en deportes por algún problema cardíaco?	☐	☐
5. ¿El estudiante tose, jadea o tiene problemas para respirar durante o después de la actividad?	☐	☐
¿El estudiante tiene alguna afección respiratoria, incluido el asma?	☐	☐
¿El estudiante tiene alergias estacionales que requieren tratamiento médico?	☐	☐
¿El niño tiene alguna afección crónica, incluidos diagnósticos de salud mental o conductual?	☐	☐
¿Su estudiante consume actualmente algún producto de tabaco, incluidos vapeadores o cigarrillos electrónicos?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿le interesaría recibir información y recursos para ayudarles a dejar de fumar? ☐ Sí, me gustaría recibir información ☐ No, no me interesa ☐ Me gustaría saber más sobre el soporte disponible		

	S	N
6. ¿Alguna vez el estudiante ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐
¿Alguna vez el estudiante ha tenido una lesión en la cabeza, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	☐	☐
¿Alguna vez el estudiante ha tenido una convulsión?	☐	☐
¿El estudiante tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?	☐	☐
¿Alguna vez el estudiante tiene entumecimiento u hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐
¿Alguna vez el estudiante ha tenido una lesión nerviosa?	☐	☐
7. ¿El estudiante se ha enfermado alguna vez por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐
8. ¿El estudiante ha tenido algún problema con sus ojos o la visión?	☐	☐
9. ¿Alguna vez el estudiante ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión?	☐	☐
¿El estudiante se ha roto o fracturado algún hues o o dislocado alguna articulación?	☐	☐
¿Ha tenido el estudiante algún otro problema con dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐
Marque todas las que apliquen. ☐ Cabeza ☐ Codo ☐ Muslo ☐ Cuello ☐ Antebrazo ☐ Rodilla ☐ Espalda ☐ Muñeca ☐ Espinilla/Pantorrilla ☐ Pecho ☐ Mano ☐ Tobillo ☐ Hombro ☐ Dedo ☐ Pie ☐ Cadera ☐ Parte superior del brazo		
10. ¿Tiene el estudiante algún problema de piel actual (por ejemplo: picazón, erupciones, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐
11. ¿Su estudiante alguna vez ha expresado síntomas de depresión, estrés, ansiedad, aversión a la imagen corporal?	☐	☐

Explique las respuestas afirmativas a continuación: