

## HISTORIA CLÍNICA DEPORTIVA

Nombre:

Edad:

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Complete la información o seleccione según sea el caso

Tipo Sanguíneo.	A, B, AB, O
RH:	Positivo o Negativo
Cuál de las vacunas siguientes te han aplicado: BCG (Tuberculosis), Hepatitis B, Influenza.	
Desde que edad practicas deporte:	
Deporte actual:	
Deporte practicado anteriormente:	
Entrenamiento. 1 a 2 veces por semana, 3 a 5 veces por semana, toda la semana.	
Horas al día:	

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Selecciona los problemas de salud que hayas tenido

Has padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Infecciones frecuentes de la garganta	Escarlatina
Paperas	Sarampión
Varicela	Rubeola
Hepatitis A	Desmayos

¿Eres alérgico a algún medicamento? Si No Cuál?:

¿Eres alérgico a algún otro elemento polen, abejas, látex, huevo, etc ? Sí No Cuál?

**Has sufrido alguna vez lesiones en:**

Cabeza	Hombros	Brazos	Codos
Muñecas	Manos	Rodillas	Tobillos
Columna	Tórax	Costillas	Piernas
Vertebral	Muslos	Clavícula	

¿Te incapacitó esta lesión por más de una semana? Si No

Tienes dolores en la espalda o cintura:

Siempre Frecuentemente

Alguna vez Rara vez

Solamente después de entrenar/Jugar

¿Te han dicho que tienes una lesión en el menisco de cualquiera de las rodillas? Sí No Cuál?:

¿Te has lesionado alguna vez los ligamentos de las rodillas? Sí No Cuál?:

¿Has tenido alguna fractura o fisura en los últimos 2 años? Si No Dónde?:

¿Te han Operado? Si No De qué?:

¿Te han dicho que tienes o has tenido una lesión en los músculos?

¿Tomas algún tratamiento actualmente?

Selecciona la opción Si presentas Actualmente alguna(s) de las siguientes alteraciones:

Alteraciones en la Vista:		
Vision Borrosa	Dificultad para ver de cerca	Dificultad para ver de lejos

Alteraciones Respiratorias:			
Dificultad para Respirar	Tos crónica	Asma	Infecciones en los oídos

Alteraciones del corazón:		
Dolores en el lado izquierdo del pecho	Palpitaciones	Fatiga Fácil

Alteraciones Digestivas:				
Diarrea	Estreñimiento	Náuseas	Vómitos	Dolor Abdominal

Alteraciones Músculo- Esqueleticas:		
Rigidez de manos o pies	Hinchazón de manos o pies	Dolor Muscular

Alteraciones de la piel:		
Úlceras	Erupciones	Picazones
Urticaria	Hongos	Sensible al sol

Alteraciones del Sistema Nervioso:		
Temblores	Tics	Convulsiones
Epilepsia	Mareos	Dolores de Cabeza

Firma del padre, madre o tutor  
(Menor de edad)

Firma del participante  
(Mayor de edad)