

**DIRECCION MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE**

**HISTORIA CLÍNICA MÉDICO - DEPORTIVA**

FICHA DE IDENTIFICACION

No de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ // \_\_\_\_ // \_\_\_\_

**NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ // \_\_\_\_ // \_\_\_\_ Edad en años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Has sido hospitalizado o atendido por problemas derivados de la práctica deportiva?, Tales como:

**SI** **NO** **SI** **NO**

Sobre entrenamiento ( ) ( ) Agotamiento ( ) ( )

Knock-out ( ) ( ) Golpe de calor ( ) ( )

Desmayo o pérdida de conocimiento ( ) ( ) Insolación ( ) ( )

Adormecimiento de brazos, manos, piernas y/o pies ( ) ( ) Pérdida de dientes ( ) ( )

Dificultad para respirar durante o después del ejercicio ( ) ( ) Convulsiones ( ) ( )

Dolor en el tórax durante o después del ejercicio ( ) ( ) Burnout ( ) ( )

Conmoción cerebral ( ) ( )

OTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARACTICA DEPORTIVA**

Actualmente, ¿practicas algún deporte? Si □ No □

Deporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desde qué edad entrenas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Actualmente cuantas horas al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos días de la semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es entrenamiento planificado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿En qué periodo del entrenamiento te encuentras? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es la competencia fundamental para la que te estas preparando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes entrenador? (Si, no) (¿Quién?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Por favor marca con una “X” si algún miembro de tu familia está enfermo o fallecido de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enfermedad cardiaca | Diabetes | Hipertensión arterial | Obesidad | Asma | Cáncer (anota el tipo si lo sabes) | Enfermedad vascular cerebral | Muerte súbita  (mujeres <65 años; hombre < 55 años) | Crisis convulsivas o epilepsia |
| Padre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuelo Pat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuela Pat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuelo Mat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abuela Mat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hermanos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS**

¿Naciste en un hospital? Si □ No □

¿Existió alguna complicación durante tu nacimiento? Si □ No □ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A qué edad caminaste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FRECUENCIA

¿Fumas? Si □ No □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tomas bebidas alcohólicas? Si □ No □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Eres zurdo o diestro (derecho)? Zurdo □ Diestro □

¿Tienes alergia a algún medicamento? SI □ NO □ ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Actualmente tomas algún medicamento? SI □ NO □ ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es tu tipo de sangre? Grupo \_\_\_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_\_\_\_ Desconoce □

¿Usas lentes? SI □ NO □ Armazón □ Contacto blandos □ Contacto duros □

**NUTRICIONALES**

¿Tienes algún problema con tu peso corporal? SI □ NO □ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Has ganado o perdido más de 5kg en los últimos 3 a 6 meses sin causa aparente? SI □ NO □

Consideras que tu alimentación actual es: Buena □ Regular □ Mala □

Realiza menos de 3 comidas al día: SI □ NO □

¿Cuánto es tu consumo diario de agua? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Consumes algún suplemento o complemento alimenticio? SI □ NO □ ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato Historia Clínica Médico - Deportiva, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

Te has enfermado o estas enfermo de:

SI NO SI NO

Soplo cardiaco ( ) ( ) Presión arterial alta ( ) ( )

Fiebre reumática ( ) ( ) Diabetes mellitus ( ) ( )

Asma ( ) ( ) Colesterol o triglicéridos elevados ( ) ( )

Crisis convulsivas ( ) ( ) Obesidad ( ) ( )

Hepatitis ( ) ( ) ¿Recibe tratamiento nutricional para dichas enfermedades

Anemia ( ) ( ) SI ( )

Infecciones gastrointestinales y/o respiratorias ( ) ( ) NO ( ) (Referir a Nutrición del Deporte)

(mas de dos veces al año)

¿Has tenido lesiones que te hayan incapacitado por mas de dos semanas? Por ejemplo:

SI NO ¿En qué parte(s) del cuerpo? ¿Cuándo? (fecha aproximada)

Fracturas ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esguinces ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luxaciones ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lesiones musculares ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contusiones ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GINECO OBSTETRICOS**

Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_ días Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_\_\_\_ años

Embarazos\_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas\_\_\_\_\_\_ Abortos\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de último parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tu menstruación es regular? SI □ NO □ ¿Tu menstruación afecta tu práctica deportiva? SI □ NO □

IVSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años Utilizas algún método anticonceptivo: SI □ NO □ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Motivo de atención*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de presentar dolor, marque el número donde se ubica la intensidad que ha presentado en las últimas 24 horas:

Escala visual análoga

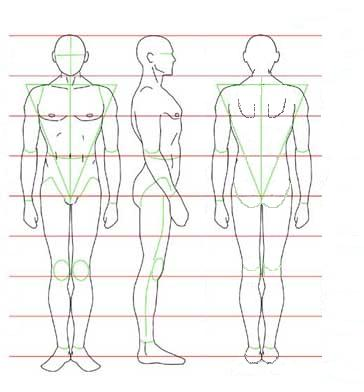
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**EXAMEN FISICO GENERAL**

SIGNOS VITALES Y EXPLORACIÓN HABITUAL EN HISTORIA CLÍNICA INSTITUCIONAL

**SOMATOSCOPIA Y PLANTOSCOPIA**

**Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_kg Estatura \_\_\_\_\_\_\_\_cm Índice de Masa Corporal \_\_\_\_\_\_kg/m2**





PIE PLANO

PIE NORMAL

PIE CAVO

NORMAL

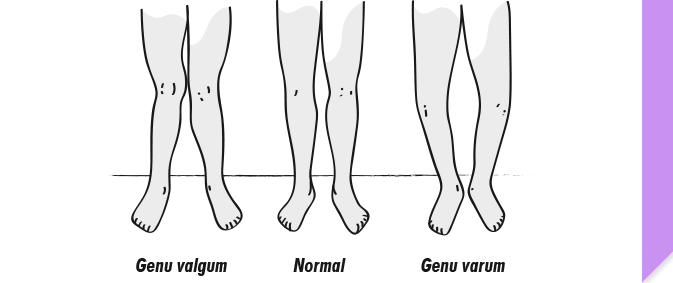
VARO

VALGO

NORMAL

NEUTRO

VARO



RODILLA



PRONADO

VARO

NORMAL

NEUTRO

SUPINADO

VALGO

OBSERVACIONES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APTO PARA PRUEBA DE ESFUERZO**

**NO APTO PARA PRUEBA DE ESFUERZO**

**APTO ESPECIAL**

Recomendaciones especiales para la evaluación morfofuncional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO (A)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA: \_