



SERVICIO MÉDICO Fecha: _____
Historia Clínica Médico-Deportiva Apodo _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ Edad _____ Categoría _____
 Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____
 Teléfonos: ☎ Casa: _____ ☎ Cel Papá: _____ ☎ Cel Mamá: _____

FAVOR DE LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS MARCANDO EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y ESPECIFICAR EN CASO POSITIVO

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Enfermedad	Abuelo		Abuela		Padre	Madre	Hermanos	Tíos	Otro ¿Quién?
	Pat	Mat	Pat	Mat					
Diabetes									
Hipertensión (Presión alta)									
Obesidad									
Infarto									
Muerte súbita									
Epilepsia									
Cáncer									
Pulmonares									
Otra ¿Cuál?									

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vacunas: Esquema Completo Falta ¿Cuál(es)? _____
 Mascotas: No Si Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alergias: No Si Especificar: _____
 Infecciosas: Sarampión Rubeola Varicela Escarlatina Parotiditis (Paperas) Hepatitis Otra: _____
 Cirugías Previas: No Si Especificar: _____
 Problemas Visuales: No Si Especificar: _____
 Problemas en Oídos, Nariz o Garganta: No Si Especificar: _____
 Prob. Gastrointestinales: Reflujo Gastritis Colitis Diarreas frecuentes Estreñimiento Otra: _____
 Prob. Cardiacos: Soplos Desmayos sin causa aparente Taquicardia Hipertensión Otra: _____
 Prob. Pulmonares: Bronquitis Asma bronquial Hiperreactividad bronquial Otra: _____
 Prob. Vías Urinarias: Riñón Uréteres Vejiga Uretra Genitales Otra: _____
 Diabetes: No Si Desde cuándo: _____ Tratamiento actual: _____

Lesiones musculares

I Contracturas Región afectada: _____
 II Desgarro muscular Región afectada: _____
 III Ruptura muscular Región afectada: _____
 Fracturas: No Si Edad: _____ Región afectada: _____ Tratamiento: _____
 Luxaciones: No Si Edad: _____ Región afectada: _____ Tratamiento: _____
 Esguinces: Hombro Der Izq Codo Der Izq Muñeca Der Izq Dedos Mano Der Mano Izq ¿Cuál? _____
 Rodilla Der Izq Tobillo Der Izq Pie Der Izq Tratamiento recibido: _____

Pie plano: No Si Tratamiento: _____ ¿Desde cuándo? _____
 Problemas de Columna vertebral: No Si Especificar: _____
 Conmociones cerebrales: No Si Edad: _____ Tiempo de Reposo: _____
 Tatuajes: No Si Región(es): _____ Piercings: No Si Región(es) _____

DATOS QUE AGREGAR SOBRE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, LESIONES O TRATAMIENTO ACTUAL:

ANTECEDENTES DEPORTIVOS

Deportes Practicados: Futbol Americano Basketbol Futbol Voleibol Tae Kwon Do Karate Natación Atletismo Otro: _____
 Edad de Inicio en el deporte: _____ Suspendido por más de 6 meses: No Si Motivo: _____
 Tiempo realizando deporte: _____

Firma del Padre o Tutor

Firma del Jugador



SERVICIO MÉDICO

Fecha: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: _____ kg Talla: _____ m Frec. Card: _____ lpm TA _____ mmHg.

Ojos: Reflejos pupilares NI Anormal Visión: OD _____ OI: _____

Oídos: Obstrucción: No Si Memb Timpánica: NI Hiperémica Perforada

Garganta: Amígdalas: NI I II III

Dientes: Caries ____/____/____/____/____ Ausentes: ____/____/____/____/____/

Gingivitis Maloclusión Supernumerarios

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Área cardíaca: Soplos: No Si Tipo y localización: _____

Área pulmonar: Estertores: No Si _____ Sibilancias: No Si _____

Abdomen: NI Alteraciones _____

Miembros Torácicos: ROM NI Alter Fza musc NI Alter _____

Miembros Pélvicos: ROM NI Alter Fza musc NI Alter _____

Rodillas: NI Valgo Varo Recurvatum Flexum _____

Inestabilidad: No Si _____

Tobillos: NI Alteración _____

Pies: NI T. Valgo T. Varo Plano Grado _____ Cavo Grado _____

Plicometría	Subesc	Tríceps	Bíceps	Antebra.	Pect	Axilar	Abdomen	Supralliac	Muslo	Pantor.
Circunf	Tórax	Brazo		Antebrazo			Abdomen		Muslo	Pant

Observaciones:

Firma del Padre o Tutor

Médico