

PARTE III. EXAMEN FÍSICO

NOMBRE: _____ ESCUELA: _____

TENSIÓN ARTERIAL: _____ PESO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

*Estado de Tanner o índice de maduración sexual (solo en el caso de los varones): _____

TENSIÓN ARTERIAL:
 Pulso: *(en reposo) _____
 *(durante el ejercicio) _____
 *(recuperación) _____
 *Volumen espiratorio máximo o flujo
 espiratorio máximo (en reposo) _____
 *(durante el ejercicio) _____
 *(recuperación) _____

*Porcentaje de grasa corporal: _____

*Audiograma: _____

*Visión: Corregida: (I) _____ (D) _____ (Ambos) _____
 Sin corregir (I) _____ (D) _____ (Ambos) _____

	N	Anormal		N	Anormal
Ojos			Columna cervical y cuello		
Oídos			Espalda		
Nariz			Hombros		
Garganta			Brazo, codo, muñeca y mano		
Dientes			Rodillas y cadera		
Piel			Tobillo y pies		
Linfático			Estudio del síndrome de Marfan		
Pulmones			*Orina		
Corazón			*Hemoglobina, hematocrito o concentración de hierro		
Pulso periférico			^Ecocardiograma		
Abdomen			^Examen neuropsíquico		
Genitales y hernia (solo varones)			^Tacto vaginal		

***SI LO INDICA EL MÉDICO**

(A criterio del médico en función de los antecedentes, los exámenes y el conocimiento de los últimos resultados físicos y de laboratorio.)

^ CON INDICACIONES ESPECIALES

(Se puede recomendar que se realicen estos estudios a un deportista en función de los antecedentes o los resultados del examen físico y puede que sean obligatorios antes de decidir si el estudiante puede participar en las actividades.)

El suscrito ha leído la información que antecede, ha consultado el formulario de antecedentes médicos y ha realizado las siguientes recomendaciones en lo que respecta a la participación del estudiante en los deportes.

- AUTORIZADO SIN RESTRICCIONES**
- Autorizado **DESPUÉS** de una evaluación o tratamiento para: _____
- Autorizado para **participar limitadamente** (marcar y explicar el motivo de todas las opciones que correspondan):
 - No autorizado para (determinados deportes): _____
 - Autorizado para (determinados deportes): _____
 Motivos: _____
- NO AUTORIZADO PARA PARTICIPAR:**
- Otras recomendaciones: _____
 - Se recomienda la supervisión durante el primer acondicionamiento debido al peso, el estado físico, etc.
 - Se recomiendan restricciones o supervisión del aumento o disminución de peso.
 - Otro: Motivos: _____

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha del examen: _____ Fecha de la firma: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO FIRMANTE y título: (en letra de imprenta):

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____