

Centro de Medicina del Deporte para Atletas Jóvenes Cuestionario sobre Deportes y Salud del Paciente

Nombre del Paciente/Atleta: _____ Edad: _____ MR: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Deportes/Equipos: _____
 Nombres de los entrenadores/Información de de contacto: _____
 ¿Cómo escuchó acerca de nuestra clínica? Marque todo lo que aplique:
 Médico Evento de NCS Entrenador Atlético Escolar Medios/TV Otro: _____

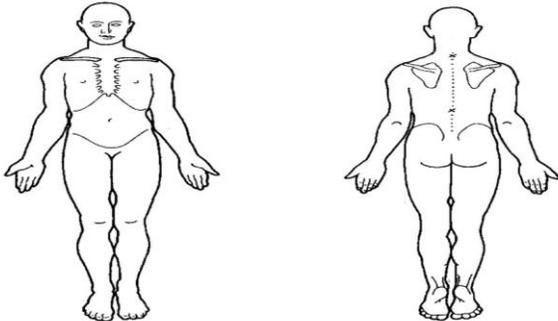
Fecha de la lesión: _____ Fecha de la cirugía: _____
 Por favor describa su lesión: _____

Con respecto a esta lesión, ¿ha tenido un(a)?
 Radiografía Resonancia Magnética TC EMG
 Si es así, ¿cuáles son los resultados?

¿Qué tratamiento ha tenido previamente para esta lesión (si lo tuvo)?

¿Cómo ha limitado esta lesión su deporte/actividad?

Por favor marque dónde siente su(s) dolor/síntomas y descríbalos:
 (encierre todo lo que aplique)
 Constante (siempre presente) / Intermitente (viene y se va)
 Agudo / Adolorido / Sordo
 Adormecido / Cosquilleo / Punzante / Ardor



© NOI Australasia

¿Tiene actualmente, o ha tenido en el pasado ha tenido, alguna de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Diabetes
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Pérdida de peso inexplicable
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Intestinos / Vejiga
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Convulsiones
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Hernia
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Alergias _____
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Preocupaciones por la dieta _____
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Asma _____
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Cirugía previa _____
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Inmunizaciones al día _____

Comentarios adicionales (¿problemas de salud general o médicos, cualquier barrera de aprendizaje o comunicación?).

Por favor enumerar todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Por favor encerrar el número que mejor describa su dolor:
 (SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EL PEOR POSIBLE)
 ¿Qué mejora su(s) dolor / síntomas? _____

 ¿Qué empeora su(s) dolor / síntomas? _____

¿Qué le gustaría lograr con su programa de rehabilitación (metas deportivas, control de dolor, etc.)?

 ¿Está usted interesado en un entrenamiento posterior a la rehabilitación / un programa específico para deporte y condición física? S / N
 Correo electrónico: _____
Gracias por llenar este formulario. Esto nos ayudará a proveerle un cuidado integral para su presente lesión.
 Firma: _____ Fecha: _____
 Firma del padre o la madre / tutor (si el paciente es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Uso oficial solamente:
 El proveedor clínico ha revisado y discutido con el paciente/cuidador: _____ Fecha: _____