

HISTORIAL MEDICO PARA NATACIÓN EN CENTROS DEPORTIVOS DE LA ALCALDÍA CUAUHTÉMOC

El siguiente cuestionario es de uso exclusivo para la Subdirección de Deporte de la Alcaldía Cuauhtémoc y la información que se proporcione será estrictamente confidencial. Tipo de Interrogatorio Directo _____ Interrogatorio Indirecto _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____ Alcaldía: _____

C.P. _____ Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: Nombre _____ Parentesco: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Tipo de sangre: _____

2. PADECIMIENTOS ACTUALES

Señalar la fecha de inicio, orden cronológico, duración, intensidad, prioridad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores y estudios hechos al momento.

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

3.1 Alteraciones digestivas:

Gastritis: Si _____ No _____ Náuseas Si _____ No _____
Cálculos Biliares Si _____ No _____ Vómitos Si _____ No _____
Cirrosis Si _____ No _____ Colitis Si _____ No _____
Vómitos Si _____ No _____ Reflujo Si _____ No _____
Regurgitación Si _____ No _____
En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.2 Alteraciones respiratorias:

Asma Si _____ No _____ Tos Crónica Si _____ No _____
Vértigo Si _____ No _____ Sangrado Nasal Si _____ No _____
Sinusitis Si _____ No _____

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.3 Alteraciones cardiovasculares:

Palpitaciones: Si _____ No _____ Presión Baja: Sí _____ No _____
Desmayos: Si _____ No _____ Presión Alta: Si _____ No _____
Arritmia: Si _____ No _____ Soplo del corazón: Sí _____ No _____
Dolor del Lado Izquierdo del Pecho: Sí _____ No _____
Tolerancia al Ejercicio: Si _____ No _____
En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.4 Alteraciones endocrino

Diabetes: Si _____ No _____
Hipertiroidismo: Si _____ No _____
Hiperactividad Si _____ No _____
Resequedad de la Piel: Si _____ No _____
Hipotiroidismo: Si _____ No _____
Acné: Si _____ No _____

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.5 Alteraciones hematolinfáticas

Palidez: Si _____ No _____
Sangrado prolongado en heridas: Si _____ No _____
Sangrado espontáneo en Mucosas
(nariz, encías, mucosas) Sí _____ No _____
Moretones: Si _____ No _____
Agrandamiento de Ganglios Si _____ No _____
En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.6 Alteraciones genitourinarias

Sangre en orina: Sí _____ No _____ Dolor lumbar: Sí _____ No _____
Expulsión de cálculo: Si _____ No _____
Incontinencia urinaria: Si _____ No _____
Fecha de última menstruación: Si _____ No _____
Dolor menstrual: Si _____ No _____
En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar
sintomatología y tiempo de evolución:

3.7 Alteraciones sistema nervioso

Temblores: Si No Dolor de cabeza: Si No
 Vértigo: Si No Convulsiones: Si No
 Epilepsia: Si No Insomnio: Si No
 Angustia: Si No Depresión: Si No
 Delirios: Si No Parálisis: Si No

Visión borrosa: Si No

Dificultad a la marcha: Si No

Falta de memoria: Si No

Falta de sensibilidad: Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.9 Alteraciones tegumentarias

Ronchas: Si No Ulceras: Si No

Ampollas: Si No Ronchas: Si No

Comezón: Si No

Sequedad cutánea: Si No

Descamación Si No

Cambio de coloración en uñas: Si No

Micosis plantar: Si No

Cambio textura de uñas: Si No

Hongos en uñas: Si No

Cambio de coloración lunares: Si No

Salida de lunares espontáneos: Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.10 Alteraciones sistema músculoesquelético

Contracturas: Si No

Desgarres Si No

Calambres: Si No

Esguince: Si No

Crepitación articular: Si No

Desgaste de cartilago: Si No

Padecimiento de columna: Si No

Padecimiento de rodilla: Si No

Padecimiento de cadera: Si No

Tendinitis: Si No

Lesión de hombro: Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.11 Antecedentes heredofamiliares

Diabetes: Si No Obesidad: Si No

Artritis: Si No Alergias Si No

Epilepsia: Si No Cáncer: Si No

Drogas: Si No Asma: Si No

Tumores Si No Epilepsia: Si No

Cardiopatías: Si No Presión Baja: Si No

Hipertensión: Si No Alcoholismo: Si No

Tuberculosis: Si No Psiquiátricos: Si No

Malformaciones Congénitas: Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.12 Antecedentes personales patológicos

Infancia

Paperas Si No Hepatitis A Si No

Rubéola Si No Varicela Si No

Escarlatina: Si No

Sarampión: Si No

Hepatitis: Si No

Amigdalitis: Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.13 Antecedentes personales patológicos

Si No

Alérgico Si No ¿A qué? _____

Cirugías recientes Si No ¿Cuál? _____

Fracturas Si No ¿Dónde? _____

Quemaduras Si No

Transfusión sanguínea: Si No Fecha _____ Causa _____

Alcohol: Si No Marihuana Si No Cocaína: Si No

Opioides Si No Anfetaminas Si No

En caso de contar con alguno de los padecimientos especificar sintomatología y tiempo de evolución:

3.14 Deportes

¿Ha practicado en competencias deportivas? Si No

¿Cuál? _____

¿Has sufrido lesiones?

Cabeza _____ Hombros _____ Brazos _____

Codos _____ Muñecas _____ Manos _____ Rodillas _____

Tórax _____ Columna vertebral _____ Costillas _____

Piernas _____ Muslos _____ Clavícula _____

¿Se incapacitó por una lesión? Si No

¿Cuál? _____

¿Te han dicho que tienes lesión en el menisco en las rodillas?

Si No

¿Cuál? _____

¿Tienes algún clavo en el cuerpo por cirugía? Si No

¿Dónde? _____

¿Fracturas o fisuras en el último año? Si No

¿Dónde? _____

¿Has tenido lesión en los músculos? Si No

¿Dónde? _____

3.15 Signos Vitales

T/A Brazo Derecho: _____ T/A Izquierdo: _____

Pulso _____ Frecuencia respiratoria: _____

Temperatura: _____ Peso: _____ Estatura: _____

4. DATOS DEL MEDICO Y LA PERSONA USUARIA

Nombre y Firma: _____

Cedula Profesional: _____

Apto para natación: _____

No apto para natación: _____

Nombre y Firma de la persona usuaria: _____

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD; QUE LOS DATOS APORTADOS EN LA PRESENTE HISTORIA MÉDICA SON AUTÉNTICOS, EN EL ENTENDIDO QUE CUALQUIER OMISIÓN O NEGLIGENCIA DE MI PARTE, LIBERA RESPONSABILIDAD MORAL O JUDICIAL A LA ALCALDÍA CUAUHTÉMOC.

