

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

\*Porcentaje de grasa corporal: \_\_\_\_\_

Pulso: \*(en reposo) \_\_\_\_\_

\*(durante el ejercicio) \_\_\_\_\_

\*(recuperación) \_\_\_\_\_

\*Audiograma: \_\_\_\_\_

\*Volumen espiratorio máximo o flujo

espiratorio máximo (en reposo) \_\_\_\_\_

\*(durante el ejercicio) \_\_\_\_\_

\*(recuperación) \_\_\_\_\_

\*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 \_\_\_\_\_