

# CUESTIONARIO ANUAL DE SALUD DEPORTIVA 2023-2024 DE LA MSHSL

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento   /  /   Fecha   /  /    
 Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico de aptitud deportiva (SQPE) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Para cada pregunta, marque Sí o No en las casillas o encierre en un círculo los números de las preguntas que no pueda responder.

**EN EL ÚLTIMO AÑO, desde su último examen físico completo de aptitud deportiva con su médico o desde el Cuestionario de salud anual del segundo año, ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS?**

Cuestionario de salud del/de la deportista

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. En el último año, ¿algún médico restringió su participación en deportes por algún motivo sin autorizarlo a volver a practicar deportes?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN EN EL ÚLTIMO AÑO</b>   |                          |                          |
| 2. En el último año, ¿se desmayó o casi se desmayó durante o después de hacer ejercicio?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En el último año, ¿tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho cuando hacía ejercicio?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. En el último año, ¿su corazón se acelera o se saltea latidos (latidos irregulares) cuando hace ejercicio?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. En el último año, ¿se sintió mareado/a o le falta el aire más de lo esperado cuando hace ejercicio?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. En el último año, ¿tuvo una convulsión inexplicable?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SUS FAMILIARES EN EL ÚLTIMO AÑO</b>   |                          |                          |
| 7. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata sufrió una muerte súbita e inesperada sin razón aparente?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata o familiar falleció por problemas cardíacos o sufrió una muerte súbita e inesperada antes de los 35 años (incluso un ahogamiento inexplicable o un accidente automovilístico inexplicable)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata sufrió desmayos inexplicables, convulsiones o casi se ahoga?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata fue diagnosticado con cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT largo o corto, síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. En el último año, ¿alguien de su familia inmediata menor de 35 años tuvo un problema cardíaco, se le implantó un marcapasos o recibió un desfibrilador implantable?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PREGUNTAS SOBRE RIESGO MÉDICO EN EL ÚLTIMO AÑO</b>  |                          |                          |
| 12. En el último año, ¿tuvo una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral que todavía le genera síntomas como dolores de cabeza constantes, dificultad para concentrarse o problemas de memoria?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. En el último año, ¿tuvo la enfermedad de COVID-19 con dificultad para respirar; presión persistente en el pecho; confusión; incapacidad para permanecer despierto; fiebre alta por más de 4 días; piel, labios o lecho ungual pálidos, grises o azulados; o con hospitalización y un médico le negó la autorización para volver a practicar deportes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Padres/Madres o tutores/as legales: anote a continuación cualquier problema de salud, medicamentos o alergias que puedan ser importantes para que lo sepan los/las entrenadores/as o el/la director/a deportivo/a de las actividades.**

No conozco ninguna otra razón física o de salud existente que impida la participación en deportes. Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y precisas y autorizo la participación en actividades deportivas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor/a legal

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la deportista

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Notas del/de la director/a de actividades: (una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores exige un certificado médico autorizando la actividad física antes de la participación)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha límite SQPE   /  /  

**MÉDICAMENTE ELEGIBLE PARA LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA: SÍ  NO**

Preguntas complementarias de evaluación de salud mental (se pueden separarse del formulario antes de enviarlo)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas? (Encierre la respuesta en un círculo).

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se sintió nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a	0	1	2	3
No pudo parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
Sintió poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
Se sintió decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3

(Si la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 2 o 3 y 4 es ≥3, consulte a su proveedor médico)

Referencia: Evaluación física previa a la participación (quinta edición): AAFF, AAP, AMSSM, AOSSM, AOASM, AAP, 2019.