



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
MEDICINA GENERAL
ANEXO1. CUESTIONARIO DE SALUD PREVENART
SISTEMA DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA**

Este formulario se debe completar por el trabajador al realizar la Evaluación Medica Anual
La afirmación de afecciones o enfermedades presentes o pasadas NO CONTRAINDICA la PRACTICA DEPORTIVA

DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION

APELLIDO Y NOMBRE:										
EDAD:	años	SEXO:	M	F	FECHA DE NACIMIENTO:				FOLIO:	
DOMICILIO:	Calle				NO.				INT.	
CIUDAD:				CP:		TEL.				ULTIMA REVISION MEDICA:
DERECHOHABIENTE:	SI	NO	CUAL:	IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	DDF	SS		
EN CASO DE URGENCIAS COMUNICARSE CON										
DIRECCION:	MISMA						TELEFONOS:			

ANTECEDENTES DEPORTIVOS

DESDE QUE EDAD PRACTICA DEPORTES:	años	DEPORTE ACTUAL:			
DEPORTES PRACTICADOS:					
ENTRENAMIENTO: DIAS POR SEMANA		HORAS POR DIA		CATEGORIA CLASE	
ENTRENAMIENTOS COMPLEMENTARIOS: detallar					
Sedentario					

ANTECEDENTES DE ENFERMEADES PREEXISTENTES

Marcar con un en caso de que tengas una de las siguientes alteraciones

1. ¿ACTUALMENTE PRESENTAS ALGUNA DE ESTAS ALTERACIONES?

<input type="checkbox"/>	Alteraciones en la vista (como visión borrosa o dificultad para ver de cerca o lejos).
<input type="checkbox"/>	Experimentas dificultad para respirar, tos crónica.
<input type="checkbox"/>	Enfermedades en los oídos.
<input type="checkbox"/>	Mareos o alteraciones del equilibrio (Al caminar sientes que te caes).
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento o adormecimiento de alguna parte del cuerpo.
<input type="checkbox"/>	Sufres temblor o movimientos anormales como tics.
<input type="checkbox"/>	Sufres alteraciones del corazón (como dolores en el pecho o palpitaciones).
<input type="checkbox"/>	Padeces alguna alergia (a alimentos o medicamentos).
<input type="checkbox"/>	Presentas alteraciones digestivas (como diarreas frecuentes, nauseas o vómitos).
<input type="checkbox"/>	Tienes síntomas que hagan referencia a los músculos, huesos o articulaciones (es decir rigidez, hinchazón, dolores).
<input type="checkbox"/>	Problemas en la piel como úlceras, erupciones, picazones, urticaria, hongos, etc.
<input type="checkbox"/>	Algún tipo de convulsiones o epilepsias.
<input type="checkbox"/>	Otros síntomas que te llamen la atención o que no consideres normales.

2. ¿INFORMACION SOBRE TUS ANTECEDENTES PERSONALES?

<input type="checkbox"/>	¿Conoces tu grupo sanguíneo y Factor Rh?	Escribelo: Grupo Sanguíneo	<input type="text"/>	Factor Rh	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	¿Tienes el Carnet de Vacunación al día?				
<input type="checkbox"/>	¿Consumes Tabaco?				
<input type="checkbox"/>	¿Consumes Alcohol o bebidas o bebidas alcohólicas? Ocasional				
<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez te ha aconsejado que no participaras en competencias deportivas durante un cierto período?				
<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez te han dicho que tienes un Soplo Cardíaco?				
<input type="checkbox"/>	¿Has sufrido lesiones en Hombros, Brazos, Codos, Muñecas o Manos alguna vez?				
<input type="checkbox"/>	¿Te incapacitó esta lesión por más de una semana?				
<input type="checkbox"/>	¿Has sufrido lesiones en la Cabeza, la Columna Vertebral, el Tórax, Costillas o Articulaciones alguna vez?				
<input type="checkbox"/>	¿Has estado internado en un hospital, Clínica, Sanatorio o Institución similar alguna vez?				
<input type="checkbox"/>	¿Tienes dolores en la espalda o cintura?				

Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Cuándo? (Marca con una X)

Rara vez Frecuentemente Alguna vez Siempre Solamente después del ejercicio intenso
Solamente después de la competencia o entrenamiento

Has tenido problemas de deshidratación, insolación o golpe de calor alguna vez?

¿Sueles tener más sed, más hambre o mas ganas de orinar de lo habitual?

¿Te has lesionado alguna vez las caderas, las rodillas,, los tobillos, las manos o los pies?

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior: ¿Te incapacito la lesión o afección por mas de una semana?

SI NO

¿Te han informado alguna vez que tienes una lesión en el cartílago (menisco) de cualquiera de las rodillas?

¿Te has lesionado alguna vez los ligamentos de la articulación de cualquiera de las rodillas?

¿Has tenido problemas en las rótulas de alguna de las rodillas: dislocación, etc.

- ¿Te han detectado alguna vez alteraciones de cualquier tipo en las rodillas?
- ¿Tienes algún clavo o tornillo en alguna parte de tu cuerpo como resultado de una intervención quirúrgica?
- ¿Has tenido alguna fractura o fisura en los últimos dos años?
- ¿Te has sometido alguna vez a una intervención quirúrgica?

3.¿HAS CONSULTADO O TE HAN ACONSEJADO ALGUNA VEZ QUE VISITARAS A UN ESPECIALISTADEBIDO A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

- Enfermedades endocrinas,(como diabetes, problemas de tiroides o de cualquier otra glándula).
- Problemas de depresión o alteraciones emocionales.
- Enfermedades cerebrales o del sistema nervioso.
- Enfermedades del corazón o fiebre reumática.
- Venas varicosas, fiebritis hemorroides, etc.
- Enfermedades relacionadas con la sangre como anemia (palidez marcada de tu piel) o tendencias a las hemorragias
- Dolencias pulmonares o anomalías respiratorias o enfermedades como asma, tuberculosis,etc.
- Enfermedades estomacales, úlceras o dolencias de los intestinos.
- Enfermedades en el hígado o la vesícula biliar.
- Sangre en la orina o cualquier enfermedad de los riñones o de los órganos genitourinarios.
- Enfermedades como artritis, reumatismo o cualquier dolencia o lesión de los huesos o articulaciones.
- Hernias de cualquier tipo o enfermedades que se le parezcan.
- Enfermedades como cáncer o tumores.
- Enfermedades alérgicas de cualquier tipo.
- Lesiones en la cabeza que hayan provocado mareos intensos, pérdida de la memoria, vómitos, pérdida del conocimiento que hayan requerido atención médica o internación.

4.¿INFORMACION SOBRE TUS ANTECEDENTES FAMILIARES?

Consignar todos los problemas de salud que hayan tenido o tienen tus familiares mas próximos (Hermanos, padres y abuelos)

- ¿ Ha muerto algún miembro de tu familia de forma repentina o del corazón, con edad menor a 50 años?
- ¿Algún miembro de tu familia sufre de presión arterial o hipertensión?
- ¿En tu familia alguien sufre de problemas cardíacos?
- ¿Alguien te tu familia ha sufrido o sufre Cáncer o tumor?
- ¿En tu familia hay quien sufra de dolores de cabeza, cefaleas o migrañas?
- ¿Existen problemas emocionales o psiquiátricos en tu familia?
- Alergias o asma
- Anemias o enfermedades de la sangre
- Diabetes (azúcar en la sangre)
- Epilepsias o convulsiones
- Enfermedades de los riñones o de la vejiga
- Enfermedades del estómago o del hígado

5.INFORMACIÓN NUTRICIONAL

- ¿Has sufrido de peso bajo o sobrepeso?
- Estatura del padre
- Edad a la que alcanzó ésta altura
- Estatura de la madre
- Edad a la que alcanzó ésta altura
- ¿Has sufrido de cambios de peso recientes? Ha bajado recientemente de peso
- ¿Desayunas?
- ¿Comes?
- ¿Cenas?
- ¿Comes entre comidas?
- ¿Agregas sal a los alimentos antes de probarlos?

¿Con que frecuencia consumes los siguientes productos?

Responder con número e indicar si el consumo es semanal (S) o diario (D), ejemplo; 3/D tres por día.

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Cereal de caja | <input type="checkbox"/> Frijoles, lentejas | <input type="checkbox"/> Vísceras |
| <input type="checkbox"/> Queso | <input type="checkbox"/> Pasta o arroz | <input type="checkbox"/> Res | <input type="checkbox"/> Caramelos |
| <input type="checkbox"/> Yogurt | <input type="checkbox"/> Tortilla | <input type="checkbox"/> Pollo | <input type="checkbox"/> Pastelitos o Frituras |
| <input type="checkbox"/> Fruta | <input type="checkbox"/> Azúcar | <input type="checkbox"/> Cerdo | |
| <input type="checkbox"/> verdura | <input type="checkbox"/> Picante | <input type="checkbox"/> Pescado | |
| <input type="checkbox"/> Pan | <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Mariscos | |