

Si juzga que alguna pregunta es muy personal, siéntase libre de omitirla y discutirla con el médico en privado.

ENTRENAMIENTO DE TIEMPO COMPLETO EN ANAHEIM
Formulario médico para los que han de entrenarse
CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____ País natal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Localidad: _____ Nacionalidad: _____

Favor de dar detalles a las respuestas que requieran explicación. Use el espacio que le proveemos al final del formulario.

1. ¿Goza usted de una salud estable y sin enfermedades contagiosas? Sí___ No___
2. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí___ No___
3. ¿Es usted alérgico a algún alimento? Sí___ No___
4. ¿Es usted alérgico al moho, polen u otra sustancia similar? Sí___ No___
5. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica? Sí___ No___
6. ¿Tiene usted algún impedimento físico? Sí___ No___
7. ¿Toma usted algún medicamento con frecuencia? Sí___ No___
8. ¿Ha sido usted operado alguna vez? Sí___ No___
9. ¿Le ha recomendado el médico algún análisis o tratamiento que usted aún no ha llevado a cabo, por ejemplo: radiografías debido a una tos crónica, a una posible operación o a una hernia? Sí___ No___
10. ¿Ha padecido Ud. de:
 - ulceras gástricas Sí___ No___
 - tuberculosis Sí___ No___
 - hepatitis Sí___ No___
 - enfermedades cardíacas Sí___ No___
 - enfermedades del riñón Sí___ No___
 - cáncer Sí___ No___
 - alta presión Sí___ No___
 - crisis nerviosa Sí___ No___
 - asma Sí___ No___
 - otras enfermedades serias Sí___ No___
11. ¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad física o mental? Sí___ No___
12. ¿Ha consumido usted en los últimos tres años tabaco, alcohol u alguna otro droga que produzca habito Sí___ No___
 - * Si ha consumido cigarrillos con regularidad, ¿por cuántos años y cuántas cajetillas consumía al día? _____
13. ¿Ha sufrido usted alguna lesión seria, por ejemplo, un daño al cuello o ha tenido una contusión o fractura? Sí___ No___
14. ¿Ha tenido un examen físico en los últimos tres años? Sí___ No___
15. Si es así, denos la fecha, la razón y los resultados _____
16. ¿Le han tomado una radiografía del pecho en los últimos tres años? Sí___ No___
17. Si es así, dé la fecha y la razón _____
 - * Si ha sido inmunizado, escriba la fecha _____

18. ¿Cuántas gripes le dan al año? Menos de 3 _____ 3 o más _____
19. ¿Ha perdido usted más de una semana de trabajo o escuela debido a su salud durante el último año? Sí___ No___
20. ¿Ha perdido usted más de un mes de trabajo o escuela debido a su salud durante los últimos tres años? Sí___ No___
21. ¿Ha hecho ejercicio regularmente durante los últimos tres años? Sí___ No___
22. ¿Qué nivel de ejercicio puede aguantar?
- Correr _____
- Trotar _____
- Caminar _____
- No lo se _____
23. Usted compartirá la habitación con 5 personas más ¿prevé algún problema? Sí___ No___
24. ¿Prevé usted algún problema relacionado con el cambio de cultura? Sí___ No___

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN

Inmunización / Prueba*	Fecha en que se administró	Debe ser durante los pasados 10 años	
Hepatitis A	#1	#2	
Hepatitis B	#1	#2	#3
Prueba de tuberculosis (PPD)	Fecha: Resultado:	Si es positivo , fecha de la radiografía:	Resultado de la radiografía:
MMR	#1	#2	

* Si alguna de las inmunizaciones o prueba de tuberculosis (PPD) **no** se han administrado, por favor dé la razón en el espacio provisto abajo.

** Si la inmunización no se le ha suministrado, indique la razón:

- a) La tuve y soy un portador
- b) La tuve y soy inmune
- c) No conozco mi situación; no recibí la serie completa. (Si este es el caso, una prueba de sangre puede verificar su estado).

¿PADECE USTED DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

25. Cambio reciente de peso, dos kilos o más Sí___ No___
26. Dolor de muelas Sí___ No___
27. Encías rojizas, hinchadas o que sangran con facilidad Sí___ No___
28. Muelas que requieren ser rellenadas, extraídas o reemplazadas Sí___ No___
29. Dolores de cabeza Sí___ No___
30. Visión doble Sí___ No___
31. Mareos o desmayos Sí___ No___
32. Glaucoma Sí___ No___

33. Flujo nasal o dolor de garganta	Sí	No
34. Sinusitis crónica	Sí	No
35. Hemorragia nasal	Sí	No
36. Otitis	Sí	No
37. Impedimento auditivo	Sí	No
38. Tiroides	Sí	No
39. Glándulas dilatadas	Sí	No
40. Tos por más de tres semanas, o esputo con sangre	Sí	No
41. Asma o dificultad en la respiración	Sí	No
42. Cualquier otra molestia pulmonar	Sí	No
43. Dolores de pecho	Sí	No
44. Soplo en el corazón	Sí	No
45. Hinchazón de manos	Sí	No
46. Asfixias nocturnas	Sí	No
47. Dificultad respiratoria (cuando no está haciendo ejercicio)	Sí	No
48. Dolor abdominal	Sí	No
49. Náusea o vómito	Sí	No
50. Agruras	Sí	No
51. Eructos o gases excesivos	Sí	No
52. Diarrea	Sí	No
53. Estreñimiento	Sí	No
54. Cambios recientes en hábitos intestinales	Sí	No
55. Dolor abdominal relacionados con los movimientos intestinales	Sí	No
56. Sangra cuando tiene sus movimientos intestinales	Sí	No
57. Sensación de que se le pega la comida en la garganta	Sí	No
58. Dificultad al ingerir	Sí	No
59. Dolor al orinar	Sí	No
60. Sangre en la orina	Sí	No
61. Orina frecuente (más de 6/día o 1/noche)	Sí	No
62. La presión de la orina es débil, y continua goteando después	Sí	No
63. (Sólo para hombres) emisiones del pene	Sí	No
64. Problemas matrimoniales	Sí	No
65. Varices	Sí	No
66. Dolor de coyunturas	Sí	No
67. Dolor de piernas o de nalgas cuando camina, el cual se alivia al descansar	Sí	No
68. Cambio de color o de tamaño de un lunar	Sí	No
69. Sangrado de lunar	Sí	No
70. Costra que no ha sanado en tres semanas o más	Sí	No
71. Cambio del color de la piel	Sí	No
72. Frecuentes infecciones de la piel	Sí	No
73. Otras enfermedades de la piel	Sí	No
74. Protuberancia debajo de la piel	Sí	No
75. Anemia	Sí	No
76. Coágulos de sangre	Sí	No
77. Sufre magulladuras con facilidad	Sí	No
78. Sangrado prolongado después de intervenciones o heridas	Sí	No
79. Convulsiones	Sí	No
80. Debilidad o parálisis	Sí	No

- | | |
|--|-------------|
| 81. Dificultad para dormir en la noche | Sí___ No___ |
| 82. Cuando despierta en la noche, ¿tiene dificultad en volverse a dormir | Sí___ No___ |
| 83. Ha estado usted bajo cuidado psiquiátrico o se lo han recomendado? | Sí___ No___ |
| 84. Fobias (tales como claustrofobia) | Sí___ No___ |
| 85. Le cuesta adaptarse a nuevas situaciones | Sí___ No___ |
| 86. Intolerante al calor o al frío | Sí___ No___ |
| 87. Cambio de tamaño en guante o sombrero | Sí___ No___ |
| 88. Cambio en el crecimiento del cabello | Sí___ No___ |

LAS PREGUNTAS DEL 87 AL 97 SON PARA MUJERES SOLAMENTE

- | | |
|--|-------------|
| 89. ¿Ha dejado de ir a la escuela o al trabajo debido a los dolores menstruales? | Sí___ No___ |
| 90. ¿Sangra usted entre sus períodos menstruales? | Sí___ No___ |
| 91. ¿Experimenta comezón en la vagina o emisiones? | Sí___ No___ |
| 92. ¿Le han practicado análisis para cáncer cervical? | Sí___ No___ |
| * Si es así, ¿en que fecha y cuál fue el resultado? _____ | |
| 93. ¿Se examina los pechos mensualmente? | Sí___ No___ |
| 94. ¿Tiene masa en el seno o en la axila? | Sí___ No___ |
| 95. ¿Tiene emisiones de los pezones? | Sí___ No___ |
| 96. ¿Edad a la que comenzó menstruar _____ | |
| 97. ¿Sigue menstruando? | Sí___ No___ |
| * Si no es así, ¿en qué fecha cesó? _____ | |
| 98. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ | |
| 99. ¿Cuántos alumbramientos ha experimentado? _____ | |

HISTORIAL SOCIAL Y DE TRABAJO

- | | |
|---|-------------|
| 100. ¿Ha sido usted expuesto a situaciones peligrosas de trabajo? | Sí___ No___ |
| 101. Estado civil soltero _____ | |
| casado _____ | |
| viudo _____ | |
| separado _____ | |
| divorciado _____ | |
| 102. ¿Cuántos dependientes viven con usted (sin contar a su cónyuge): _____ | |
| 103. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que ha recibido: _____ | |
| Títulos: _____ Especialidad: _____ | |
| 104. ¿Cuál era su empleo antes de dedicarse a servir de tiempo completo? | |
| _____ | |
| 105. ¿Ha recibido alguna capacitación en medicina, enfermería o en alguna otra área del campo médico? | Sí___ No___ |
| * Si es así, explique : _____ | |
| _____ | |

HISTORIAL FAMILIAR

106.

Parentesco	Edad, si vive	Si ya murió, edad cuando murió	Estado actual de salud o la causa de su muerte
Padre			
Madre			
Hermano			
Hermana			

107. Aparte de las enfermedades ya mencionadas, ¿existen otras que suelen darse en su familia?

Sí___ No___

* Si es así, explique: _____

INFORMACION ADICIONAL

108. ¿Cuánto mide? _____

109. ¿Cuánto pesa? _____

110. ¿Se ha tomado la presión arterial en los últimos tres años?

Sí___ No___

* Si es así, ¿cuál es? _____

111. ¿A quién se debe notificar en caso de emergencia?:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Este espacio está reservado para aquellas respuestas que incluyan más detalles. Asegúrese de anotar el número de la pregunta. Añada páginas adicionales si es necesario.

Firma _____

Fecha _____