



**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Date of Birth

**Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ **% Grasa corporal (opcional)** \_\_\_\_\_ **Pulso** \_\_\_\_\_ **PA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
Height Weight % Body Fat (optional) Pulse BP

**Visión D 20/** \_\_\_\_\_ **I 20/** \_\_\_\_\_ **Corregido:** **S** **N** **Pupilas: Iguales** \_\_\_\_\_ **Desiguales** \_\_\_\_\_  
Vision R 20/ L 20/ Corrected: Y N Pupils: Equal Unequal

	NORMAL NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES ABNORMAL FINDINGS	INICIALES* INITIALS*
<b>MÉDICOS</b> MEDICAL			
<b>Aspecto</b> Appearance			
<b>Ojos/oídos/nariz/garganta</b> Eyes/ears/nose/throat			
<b>Audición</b> Hearing			
<b>Ganglios linfáticos</b> Lymph nodes			
<b>Corazón</b> Heart			
<b>Soplos</b> Murmurs			
<b>Latidos</b> Pulses			
<b>Pulmones</b> Lungs			
<b>Abdomen</b> Abdomen			
<b>Genitourinario (sólo los hombres)+</b> Genitourinary (males only)+			
<b>Piel</b> Skin			
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b> MUSCULOSKELETAL			
<b>Cuello</b> Neck			
<b>Espalda</b> Back			
<b>Hombro/brazo</b> Shoulder/arm			
<b>Codo/antebrazo</b> Elbow/forearm			
<b>Muñeca/mano/dedos</b> Wrist/hand/fingers			
<b>Cadera/muslo</b> Hip/thigh			
<b>Rodilla</b> Knee			
<b>Pierna/tobillo</b> Leg/ankle			
<b>Pie/dedos</b> Foot/toes			

\* **Exclusivo para ambientes con múltiples examinadores.**  
\*Multiple-examiner set-up only.  
+**Se recomienda que haya un tercero presente para el examen genitourinario.**  
+Having a third party present is recommended for the genitourinary examination.

**Notas:**  
Notes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del médico (en letra de molde/a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

**Evaluación física de preparticipación**  
Preparticipation Physical Evaluation

**FORMULARIO DE APTO FÍSICO**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Sex Age Date of birth

- Apto sin restricción**  
Cleared without restriction
- Apto, con recomendaciones para continuar con la evaluación o el tratamiento para:**  
Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

---



---



---

**No apto para**  **Todos los deportes**  **Ciertos deportes:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_  
 Not Cleared for All sports Certain sports: Reason:

**Recomendaciones:**  
Recommendations:

---



---

**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**  
EMERGENCY INFORMATION

**Alergias** \_\_\_\_\_  
Allergies

**Otra información** \_\_\_\_\_  
Other Information

**Nombre del médico (en letra de molde/ a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

©2004 Academia Estadounidense de Médicos Familiares, Academia Estadounidense de Pediatría, Universidad Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Estadounidense para la Medicina del Deporte y Academia Osteopática Estadounidense para la Medicina del Deporte.  
©2004 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

**Evaluación física de preparticipación**  
Preparticipation Physical Evaluation

**FORMULARIO DE APTO FÍSICO**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Name Sex Age Date of birth

- Apto sin restricción**  
Cleared without restriction
- Apto, con recomendaciones para continuar con la evaluación o el tratamiento para:**  
Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

---



---



---

**No apto para**  **Todos los deportes**  **Ciertos deportes:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_  
 Not Cleared for All sports Certain sports: Reason:

**Recomendaciones:**  
Recommendations:

---



---

**INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS**  
EMERGENCY INFORMATION

**Alergias** \_\_\_\_\_  
Allergies

**Otra información** \_\_\_\_\_  
Other Information

**Nombre del médico (en letra de molde/ a máquina)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Name of physician (print/type) Date

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Address Phone

**Firma del médico** \_\_\_\_\_, **médico o doctor en osteopatía**  
Signature of physician MD or DO

©2004 Academia Estadounidense de Médicos Familiares, Academia Estadounidense de Pediatría, Universidad Estadounidense de Medicina del Deporte, Sociedad Médica Estadounidense para la Medicina del Deporte, Sociedad Ortopédica Estadounidense para la Medicina del Deporte y Academia Osteopática Estadounidense para la Medicina del Deporte.  
©2004 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.