

Examen Físico de Pre-Participación de OPS
Preguntas Suplementarias

Salud Cardiovascular	Si	No
1. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene algún problema del corazón? Si es así, marque todo lo que aplique: _____ Presión Arterial Alta _____ Soplo Cardíaco _____ Colesterol Alto _____ Una Infección Cardíaca _____ Síndrome de Kawasaki Otra: _____		
2. ¿Se siente sin aliento o mareado más de lo que esperaba cuando hace?		
3. ¿Usted se cansa más o tiene sensación de ahogo más rápidamente que sus amigos cuando hace ejercicio?		
4. A tenido un miembro de su familia o pariente que haya muerto por problemas del Corazón o que haya tenido una muerte inesperada e inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo ahogo, accidente inesperado en el carro, síndrome de muerte súbita infantil)		
5. ¿Alguien en su familia tiene miocardiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, síndrome Brugada, o Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
6. ¿Alguien en su familia tiene un problema del Corazón, un marca pasos, o un desfibrilador implantado?		
7. ¿Alguien en su familia a tenido un desmayo inexplicable, ataques epilépticos inexplicables, o casi se ahoga?		
Salud Ósea y de las Articulaciones		
8. ¿Usted tiene una lesión muscular, ósea o en las articulaciones que le moleste?		
9. ¿Alguna de sus articulaciones se inflama, o se vuelve dolorosa, se siente caliente, o se ve roja?		
10. ¿Tiene historia de artritis juvenil o síndrome de tejido conectivo?		
Medicina General		
11. ¿Ha tenido herpes o una infección de la piel MRSA?		
12. ¿Ha tenido alguna lesión ocular?		