|  |
| --- |
| **Cuestionario clínico a rellenar por el paciente junto con la ayuda de los padres/tutores. Traer cumplimentado y firmado a la clínica el día de realización de las pruebas médicas.** |



CUESTIONARIO CLÍNICO INICIAL



1. **DATOS PERSONALES**

**IDENTIFICACIÓN**

**1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Primer apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Segundo apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Sexo:** Hombre/Mujer

**5. Raza:** Caucásica / Africana / Asiática / Australiana

**6. Fecha de nacimiento (aaaa-mm-dd): \_**\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

**7. DNI:**

**8. Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. Provincia:** Madrid / Valencia / Barcelona

**10. Escuela:** Colegio Palma / I.E.S Molí del Sol / Colegio Gençana / Edelweiss School / Escola d’Estudis Roca / Colegio Sagrado Corazón Hermanos Maristas / Colegio Guadalaviar / CE Jaume Balmes / INS Torras i Bages / Escuela 10 / Escuela 11 / Escuela 12 /Escuela 13 / Escuela 14 / Escuela 15 / Escuela 16 / Escuela 17 / Escuela 18 / Escuela 19 / Escuela 20

**DEPORTE**

**11. Horas de práctica deportiva semanal:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Deporte Principal:**

Futbol/Baloncesto/Tenis/Atletismo/Ciclismo/Natación/Voleibol/ Balonmano/ Rugby-futbol americano/Artes marciales/Otros

**13. En caso de escoger Otros, indicar el deporte principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**14. Selecciona el deporte secundario:**

Futbol/Baloncesto/Tenis/Atletismo/Ciclismo/Natación/Voleibol/ Balonmano/ Rugby-futbol americano/Artes marciales/ Otros

**15. En caso de escoger Otros, indicar el deporte secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16. Fecha del reconocimiento: \_**\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

1. **ANTECEDENTES PERSONALES**

**17. ¿Alguna vez le han dicho que limite su participación en deportes por motivos médicos?** NO/SÍ

**18. ¿Alguna vez ha experimentado dolor de pecho o malestar con la realización de ejercicio?** NO/SÍ

**19. ¿Alguna vez ha experimentado palpitaciones (latidos bruscos), latidos irregulares o taquicardia anormal (latidos acelerados)?** NO/SÍ

**20. ¿Alguna vez ha tenido excesiva falta de aliento o fatiga con la realización de ejercicio?** NO/SÍ

**21. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado cerca de desmayarse debido a la realización de ejercicio físico?** NO/SÍ

**22. ¿Alguna vez le han detectado un soplo cardíaco?** NO/SÍ

**23. ¿Ha tenido hipertensión arterial?**NO/SÍ

**24. ¿Algún médico le ha pedido que se realizase alguna prueba de corazón?** NO/SÍ

**25. En caso de realizarse alguna prueba cardíaca, ¿cuál?**Electrocardiograma en reposo / Prueba de esfuerzo / Ecocardiograma / Cardiorresonancia Magnética / TAC

**26. Año de la prueba cardíaca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**27 ¿Está tomando actualmente algún medicamento por prescripción médica?** NO/SÍ

**28. Comentarios sobre medicamentos:**

**29. ¿Alguna vez ha tomado drogas y/o suplementos que mejoren el rendimiento?** NO/SÍ

**30. Comentarios sobre los suplementos:**

**31. ¿Toma habitualmente bebidas energéticas?** NO/SÍ

**32. En caso de que tome bebidas energéticas, ¿cuántas a la semana? \_\_\_\_\_\_**

**33. ¿Qué tipo de bebida energética? (ej. Red Bull) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**34. Comentarios adicionales sobre las cuestiones anteriores:**

1. **ANTECEDENTES FAMILIARES**

**35. ¿Alguien en su familia tiene cardiopatía hipertrófica o dilatada, síndrome de Marfan, QT largo u otros problemas cardíacos arrítmicos?** NO/CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA/DILATADA/SÍNDROME DE MARFAN /QT LARGO/OTROS

**36. Comentarios sobre pregunta 35:**

**37. ¿Alguien en su familia bajo la edad de 50 años ha fallecido repentinamente o inesperadamente por alguna enfermedad cardíaca?** NO/SÍ

**38. Comentarios sobre pregunta 37:**

**39. ¿Alguna persona en tu familia menor de 50 años ha sido incapacitado por alguna enfermedad cardíaca?** NO/SÍ

**40. Comentarios sobre pregunta 39:**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de padre/madre/tutor confirmo que todos los datos indicados en el presente cuestionario son correctos.**

**\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.**

**FIRMA**