

HISTORY FORM—Page 1 | FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA—Pág 1

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.
Nota: Complete y firme este formulario antes de su cita (con sus padres si es menor de 18 años).

Name | Nombre _____ Date of birth | Fecha de Nacimiento _____
Date of Examination | Fecha del examen _____ Sport(s) | Deporte(s) _____
Sex assigned at birth | Sexo asignado al nacer _____

Have you had COVID-19? | ¿Ha tenido COVID-19? Yes | Sí No | No
Have you been immunized for COVID-19? | ¿Ha recibido alguna vacuna del COVID-19? Yes | Sí No | No
If yes, you have had | En caso afirmativo, ha recibido One shot | Una vacuna Two shots | Dos vacunas

List past and current medical conditions | Enliste sus condiciones médicas pasadas y actuales _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures | ¿Ha tenido alguna cirugía? En caso afirmativo, indique todas las intervenciones quirúrgicas anteriores _____

Medicines—List all current medications, over-the-counter medicines, and supplements | Medicamentos—Enliste todos los medicamentos que utiliza, medicamentos recetados, de venta libre y suplementos _____

GENERAL QUESTIONS PREGUNTAS GENERALES (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.) (Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.)	Yes Sí	No No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider? ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con su proveedor de salud?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason? ¿Alguna vez un médico o especialista le ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness? ¿Tiene algún problema médico en curso o alguna enfermedad reciente?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN	Yes Sí	No No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? ¿Alguna vez se ha desmayado o ha estado a punto de desmayarse durante o después de hacer ejercicio?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión torácica o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. Does your heart race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise? ¿Alguna vez ha sentido ritmo cardíaco acelerado o anormal o palpitaciones o siente que se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas de corazón?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography. ¿Alguna vez un médico lo ha referido para que se haga una prueba del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (CONTINUED) PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN (CONTINUACIÓN)	Yes Sí	No No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise? ¿Se mareo o siente que le falta el aire más que a sus amigos cuando hace ejercicio?		
10. Have you ever had a seizure? ¿Ha tenido alguna vez un infarto?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIACA DE SU FAMILIA	Yes Sí	No No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 25 years (including drowning or unexplained car crash)? ¿Algún familiar o pariente ha fallecido por problemas de corazón o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 25 años (incluyendo ahogamiento o accidente de coche inexplicable)?		
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)? ¿Algún miembro de su familia padece algún problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQT), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)?		
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35? ¿Alguien de su familia ha tenido un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP:	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse (MVP), and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal, hearing		
Lymph nodes		
Heart* • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes simplex virus (HSV), methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), orinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings.

FOLLOW-UP VISIT

- Routine follow-up with Primary Care Physician
- Other follow-up recommendations:

PROBLEMS TO BE ADDRESSED FOR FOLLOW-UP:

I have examined the above-named student and completed the physical evaluation.

Name of provider _____ Date of exam _____
Signature of physician, APN, PA _____