



FIFA EVALUACIÓN MÉDICA DE PRETEMPORADA (PCMA)

JUGADOR:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ (DÍA/MES/AÑO)

EQUIPO NACIONAL: _____

CLUB LOCAL: _____

PAÍS DEL CLUB: _____

1. HISTORIAL DE COMPETICIÓN

Posición de juego en el campo portero/arquero defensor
 mediocampista delantero

Pierna dominante izquierda derecha ambas

Número de partidos jugados en los últimos 12 meses _____

2. HISTORIA MÉDICA

DOLENCIAS ACTUALES Y EN EL PASADO

General	no	sí, en las últimas 4 semanas		sí, antes de las últimas 4 semanas	
Síntomas gripales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infecciones (especialmente virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedades causadas por el calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Concusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alergias a alimentos, a insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Corazón y pulmones	no	en las últimas 4 semanas en reposo durante el /después del ejercicio		antes de las últimas 4 semanas en reposo durante el /después del ejercicio	
Dolor u opresión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento (disnea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones / arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	no	sí, en las últimas 4 semanas		sí, antes de las últimas 4 semanas	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Perfil lipídico anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Convulsiones, epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Se le recomendó abandonar el deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Se fatigó más rápidamente que sus compañeros de equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diarreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Sistema músculo-esquelético

Lesión grave que llevó a más de cuatro semanas de participación limitada o de inactividad en el juego / entrenamiento:

<input type="checkbox"/> no	der. – izq.		último episodio
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince inguinal	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de cuádriceps femoral	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de isquiotibiales	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión de ligamentos de la rodilla	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión de ligamentos del tobillo	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras. Especifique, por favor: _____	¿Cuándo? _____ (año)

Para otras, indique el diagnóstico: _____

Operaciones en el sistema músculo-esquelético:

<input type="checkbox"/> no	der. – izq.		última operación
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cadera	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zona inguinal (debido a pubalgia)	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ligamentos de la rodilla	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Menisco o cartílago de la rodilla	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tobillo	¿Cuándo? _____ (año)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras operaciones	¿Cuándo? _____ (año)

Para otras, indique el diagnóstico: _____

Dolencias, dolores permanentes o de corta duración que sufre actualmente:

no sí, especifique en qué **partes del cuerpo**

<input type="checkbox"/>	Cabeza / cara	<input type="checkbox"/>	Hombro	der. – izq.	
<input type="checkbox"/>	Columna cervical	<input type="checkbox"/>	Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cadera
<input type="checkbox"/>	Columna torácica	<input type="checkbox"/>	Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ingle
<input type="checkbox"/>	Columna lumbar	<input type="checkbox"/>	Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muslo
<input type="checkbox"/>	Esternón / costillas	<input type="checkbox"/>	Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rodilla
<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pierna
<input type="checkbox"/>	Pelvis / sacro	<input type="checkbox"/>	Dedos de la mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tobillo
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pie, dedos del pie

Diagnóstico actual y tratamiento:

<input type="checkbox"/> no	der.	izq.	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pubalgia	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de isquiotibiales	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de cuádriceps	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de rodilla	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión de menisco	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tendinitis de tendón de Aquiles	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esguince de tobillo	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Concusión	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lumbalgia	<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> cirugía

2.2 ANTECEDENTES FAMILIARES (PARIENTES VARONES <55 AÑOS, PARIENTES MUJERES <65 AÑOS)

	no	Padre	Madre	Hermano/a	Otro
Muerte cardíaca súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte infantil súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiocoronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síncope recurrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasplante de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos/desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahogos sin causa evidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente de tránsito sin causa evidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (artritis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 MEDICAMENTOS TOMADOS REGULARMENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	no	sí
Antiinflamatorios no esteroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos contra el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos reductores de lípidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos contra la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EXAMEN FÍSICO GENERAL

Altura _____ cm/_____ pulgadas

Peso: _____ kg/_____ lbs

Glándula tiroides normal anormal
Ganglios linfáticos/bazo normales anormales

Pulmones

Percusión normal anormal

Sonidos pulmonares normales anormales

Abdomen

Palpación normal anormal

Criterios de Marfan

no sí; por favor, especifique:
 Tórax anormal
 Brazos y piernas largos
 Pie plano
 Escoliosis
 Luxación de cristalino
 Otros: _____

4. SISTEMA CARDIOVASCULAR

Ritmo normal arritmia

Ruidos cardíacos normales anormales; por favor especifique:
 Desdoblamiento
 Desdoblamiento paradójico
 3er ruido cardíaco
 4° ruido cardíaco

Soplos cardíacos no sí; por favor, especifique:
 sistólicos – intensidad: ____/6
 diastólicos – intensidad: ____/6
 clics
 cambian durante la maniobra de Valsalva
 cambian cuando se para abruptamente

Edema periférico no sí

Venas yugulares (en posición de 45°) normales anormales

Reflujo hepatoyugular no sí

Vasos sanguíneos

Pulsos periféricos palpables no palpables

Retraso en los pulsos femorales no sí

Soplos vasculares no sí

Venas varicosas no sí

Ritmo cardíaco tras 5 minutos de reposo

_____ /min

Tensión arterial en posición decúbito supino tras 5 minutos de reposo

Brazo derecho _____ / _____ mmHg

Brazo izquierdo _____ / _____ mmHg

Tobillo _____ / _____ mmHg

4.1 ECG* DE REPOSO CON 12 DERIVACIONES EN POSICIÓN DECÚBITO SUPINO TRAS 5 MINUTOS DE REPOSO * Adjunte una copia, por favor

Ritmo cardíaco _____ /min

Ritmo/Conducción normal anormal; por favor, especifique:

- Latidos ventriculares prematuros
- Latidos supraventriculares prematuros
- Taquicardia supraventricular
- Arritmia ventricular
- Aleteo / fibrilación auriculares
- Onda delta
- Bloqueo aurículo-ventricular; por favor, especifique:
 - Primer grado
 - Segundo grado tipo I
 - Segundo grado tipo II
 - Tercer grado

Índices de tiempo PQ _____ ms
 QRS _____ ms más ancho en V1, V2
 ms

Agrandamiento auricular no sí, izq. (porción negativa de la onda P en la derivación V1 ≥ 0.1 mV en profundidad y ≥ 0.04 s en duración)
 sí, der. (onda P en pico en las derivaciones II y III ó V1 ≥ 0.25 mV en amplitud)

Despolarización / complejo QRS

Eje normal anormal ($\geq +120^\circ$ ó -30° a -90°)

Tensión normal anormal

Hipertrofia VI no sí

Ondas Q normales anormales (>0.04 s en duración ó $>25\%$ de la altura de la onda R siguiente o patrón QS en dos o más derivaciones)

Bloqueo de rama izquierda no sí; por favor, especifique:

- completo (>0.12 s) izq.
- completo (>0.12 s) der.
- incompleto izq. anterior
- incompleto izq. posterior
- incompleto der.

Onda R normal onda R o R' patológica en la derivación V1 (≥ 0.5 mV en amplitud + relación R/S ≥ 1)
 otros

Repolarización (segmento ST, ondas T, intervalo QT)

normal anormal; por favor, especifique:

	<u>Derivación</u>											
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Depresión de ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevación de ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplanamiento de onda T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversión de onda T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen de la evaluación del ECG normal anormal

4.2 ECOCARDIOGRAFÍA (valores normales de la población general) * Adjunte, por favor, un CD-ROM/DVD con imágenes en bucle

Área de superficie corporal (ASC): _____ m²

Ventrículo izquierdo (VI)

Diámetro diastólico final (valores normales: ♀ <3.2 cm/m², ♂ <3.1cm/m²) _____

Diámetro sistólico final _____ cm

Espesor diastólico final del tabique interventricular (valores normales: ♀ <0.9 cm/m², ♂ <1.0cm/m²) _____

Espesor diastólico de la pared posterior (valores normales: ♀ <0,9 cm/m², ♂ <1,0cm/m²) _____ cm

Volumen diastólico del VI (valores normales: ♀, ♂ <75 ml/m²) _____ ml

Volumen sistólico del VI (valores normales: ♀, ♂ <30 ml/m²) _____ ml

IMMVI (índice de masa muscular del VI/ASC; método lineal) (valores normales: ♀ <95 g/m², ♂ <115 g/m²) _____ g/m²

Función sistólica
Movimiento anterior de la válvula mitral _____ mm

Acortamiento fraccional (endocárdico) (valores normales: ♀ >27 %, ♂ > 25 %) _____ %

Fracción de eyección (método biplano de Simpson o método de longitud de área) _____ % (valor normal: ≥ 55%)

Movimiento regional de pared normal anormal

Función diastólica Onda E _____ cm/s

Onda A _____ cm/s

(relación E/A) _____

Tiempo de desaceleración _____ ms

E' (Doppler tisular) septal _____ cm/s

pared lateral _____ cm/s

E/E' _____

Aurícula izquierda

Diámetro (modo M, eje largo paraesternal) _____ cm

Área (vista de las 4 cavidades) _____²(valor normal: <20 cm²)

Volumen (en método de Simpson o de longitud de área) _____ ml/m²
(valores normales: ♀, ♂ <28ml/m²)

Aurícula derecha/vena cava inferior

Área (vista de las 4 cavidades) _____ cm²
(normal: <20 cm²)

Diámetro VCI _____ cm

Variabilidad respiratoria de la VCI >50% <50%

Ventrículo derecho

Diámetro medio VD (vista de las 4 cavidades, DVD 2) _____ cm (valor normal: <3,3 cm)

Longitud de la base al ápex (vista de las 4 cavidades, DVD 3) _____ cm (valor normal:<7,9 cm)

FAC (cambio del área fraccional) _____ % (valor normal: > 32%)

TAM (movimiento anterior de válvula tricúspide) _____ mm

Gradiente sistólico VD/AD _____ mmHg

Movimiento regional de pared normal anormal

Aneurisma local no sí

Hipertrofia no sí

Espesor de pared libre _____ cm (normal: <0,5 cm)

Válvulas cardíacas

Válvula aórtica	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Válvula mitral	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Válvula tricúspide	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Válvula pulmonar	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal

Especifique aquí las anomalías: _____

Diámetro de la raíz aórtica (DAo, seno de Vansalva) _____ cm

Aorta ascendente _____ cm

Resumen de la evaluación de la ecocardiografía normal anormal

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE SANGRE (EN AYUNAS)

Hemoglobina	_____ mg/dL
Hematocrito	_____ %
Eritrocitos	_____ mg/dL
Trombocitos	_____ mg/dL
Leucocitos	_____ mg/dL
Sodio	_____ mmol/L
Potasio	_____ mmol/L
Creatinina	_____ μ mol/l
Colesterol (total)	_____ mmol/L
Colesterol LDL	_____ mmol/L
Colesterol HDL	_____ mmol/L
Triglicéridos	_____ mmol/l
Glucosa	_____ mmol/l
Proteína C-reactiva	_____ mg/l

6. SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

6.1 COLUMNA VERTEBRAL Y NIVEL PÉLVICO

Forma de la columna

- normal plana
 hipercifosis
 hiperlordosis
 escoliosis

Nivel pélvico

- equilibrado _____cm más bajo der. izq.

Articulación sacroilíaca normal

- anormal

Rotación cervical

- der. _____° con dolor no sí
izq. _____° con dolor no sí

Flexión de columna

Distancia desde las puntas de los dedos al suelo _____cm

6.2 EXAMEN DE CADERA, INGLE Y MUSLO

Flexibilidad de la cadera

Flexión (pasiva)

- der. normal limitada _____° con dolor no sí
izq. normal limitada _____° con dolor no sí

Extensión (pasiva)

- der. normal limitada _____° con dolor no sí
izq. normal limitada _____° con dolor no sí

Rotación hacia dentro (en flexión de 90°)

- der. _____° con dolor no sí
izq. _____° con dolor no sí

Rotación hacia fuera (en flexión de 90°)

- der. _____° con dolor no sí
izq. _____° con dolor no sí

Abducción

- der. _____° con dolor no sí
izq. _____° con dolor no sí

Palpación dolorosa de la ingle

- der. no pubis canal inguinal
izq. no pubis canal inguinal

Hernia

der. no sí; por favor, especifique _____
izq. no sí; por favor, especifique _____

Músculos

Aductores

der. normales acortamiento dolor: no sí
izq. normales acortamiento dolor: no sí

Isquiotibiales

der. normales acortamiento dolor: no sí
izq. normales acortamiento dolor: no sí

Iliopsoas

der. normal acortamiento dolor: no sí
izq. normal acortamiento dolor: no sí

Músculo recto femoral

der. normal acortamiento dolor: no sí
izq. normal acortamiento dolor: no sí

Músculo tensor de la fascia lata (banda iliotibial)

der. normal acortamiento dolor: no sí
izq. normal acortamiento dolor: no sí

6.3 EXAMEN DE LA RODILLA

Eje de la articulación de la rodilla

der. normal genu varo genu valgo
izq. normal genu varo genu valgo

Flexión (pasiva)

der. normal limitada _____° con dolor no sí
izq. normal limitada _____° con dolor no sí

Extensión (pasiva)

der. 0° limitada _____° con dolor no sí
 hiperextensión _____°
izq. 0° limitada _____° con dolor no sí
 hiperextensión _____°

Test de Lachman

der. normal + ++ izq. normal
 + ++ +++

Signo de cajón anterior (rodilla flexionada 90°)

der. normal + ++ izq. normal
 + ++ +++

Signo de cajón posterior (rodilla flexionada 90°)

der. normal + ++ +++ izq. normal + ++ +++

Valgo forzado, en extensión

der. normal + ++ +++ izq. normal + ++ +++

Valgo forzado, en flexión de 30°

der. normal + ++ +++ izq. normal + ++ +++

Varo forzado, en extensión

der. normal + ++ +++ izq. normal + ++ +++

Varo forzado, en flexión de 30°

der. normal + ++ +++ izq. normal + ++ +++

6.4 EXAMEN DE PIERNA, TOBILLO Y PIE**Palpación dolorosa del tendón de Aquiles**

der. no sí
izq. no sí

Signo de cajón anterior

der. normal + ++ +++
izq. normal + ++ +++

Flexión dorsal

der. _____ ° con dolor no sí
izq. _____ ° con dolor no sí

Flexión plantar

der. _____ ° con dolor no sí
izq. _____ ° con dolor no sí

Supinación total

der. normal reducida aumentada
izq. normal reducida aumentada

Pronación total

der. normal reducida aumentada
izq. normal reducida aumentada

Articulación metatarsofalángica

der. normal patológica
izq. normal patológica

7. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Historia médica

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

Examen clínico

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

Examen ortopédico

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

ECG de reposo con 12 derivaciones

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

Ecocardiografía

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

Otros hallazgos

- Normal
- Apto para el fútbol, es necesario el seguimiento; especifique, por favor: _____
- No se recomienda el juego; especifique, por favor: _____

APTITUD PARA EL FÚTBOL DE COMPETICIÓN

sí **no**

8. MÉDICO QUE REALIZÓ EL EXAMEN E INSTITUCIÓN

Nombre del médico que realizó el examen:

Dirección: _____

Teléfono: Fax: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Firma: _____