



## **FIFA EVALUACIÓN MÉDICA DE PRETEMPORADA (PCMA)**

### **JUGADORA:**

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

<b>General</b>	<b>no</b>	<b>sí, en las últimas 4 semanas</b>		<b>sí, antes de las últimas 4 semanas</b>	
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"/>	
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dismenorrea					
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"/>	
<b>Corazón y pulmones</b>	<b>no</b>	<b>en las últimas 4 semanas en reposo durante el /después del ejercicio</b>		<b>antes de las últimas 4 semanas en reposo durante el /después del ejercicio</b>	
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"/>
	<b>no</b>	<b>sí, en las últimas 4 semanas</b>		<b>sí, antes de las últimas 4 semanas</b>	
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"/>	

¿Está embarazada la jugadora?

no

sí ¿desde cuándo? .....

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

Concusión  
  Lumbalgia

reposo  fisioterapia  
 reposo  fisioterapia

cirugía  
 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"/>
Anticonceptivo hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Recorre la jugadora a métodos hormonales para suprimir o retardar la menstruación durante competiciones importantes?

no

sí ¿desde cuándo? .....

### 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. 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  
Calcio \_\_\_\_\_ mmol/L  
Fósforo \_\_\_\_\_ mmol/L  
Creatinina \_\_\_\_\_ μmol/l  
Colesterol (total) \_\_\_\_\_ mmol/L  
Colesterol LDL \_\_\_\_\_ mmol/L  
Colesterol HDL \_\_\_\_\_ mmol/L  
Triglicéridos \_\_\_\_\_ mmol/l

Glucosa \_\_\_\_\_ mmol/l  
Proteína C-reactiva \_\_\_\_\_ mg/l  
Ferritina \_\_\_\_\_ ng/mL

## 5. 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

## 5.1 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  $\geq 0.1$  mV en profundidad y  $\geq 0.04$  s en duración)  
 sí, der. (onda P en pico en las derivaciones II y III ó V1  $\geq 0.25$  mV en amplitud)

### Despolarización / complejo QRS

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

Tensión                         normal     anormal

Hipertrofia V1                 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 ( $\geq 0.5\text{mV}$  en amplitud + relación R/S  $\geq 1$ )  
 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

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

Área de superficie corporal (ASC): \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

### **Ventrículo izquierdo (VI)**

**Diámetro diastólico final** (valores normales: ♀ <3.2 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <3.1cm/m<sup>2</sup>)

**Diámetro sistólico final** \_\_\_\_\_ cm

**Espesor diastólico final del tabique interventricular** (valores normales: ♀ <0.9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <1.0cm/m<sup>2</sup>)

**Espesor diastólico de la pared posterior** \_\_\_\_\_ cm  
(valores normales: ♀ <0,9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <1,0cm/m<sup>2</sup>)

**Volumen diastólico del VI** \_\_\_\_\_ ml  
(valores normales: ♀, ♂ <75 ml/m<sup>2</sup>)

**Volumen sistólico del VI** \_\_\_\_\_ ml  
(valores normales: ♀, ♂ <30 ml/m<sup>2</sup>)

**IMMVI (índice de masa muscular del VI/ASC; método lineal)** \_\_\_\_\_ g/m<sup>2</sup>  
(valores normales: ♀ <95 g/m<sup>2</sup>, ♂ <115 g/m<sup>2</sup>)



### **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:  $\geq 55\%$ )

### **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) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>(valor normal: <20 cm<sup>2</sup>)

**Volumen** (en método de Simpson o de longitud de área) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>

(valores normales: ♀, ♂ <28ml/m<sup>2</sup>)

### **Aurícula derecha/vena cava inferior**

**Área** (vista de las 4 cavidades) \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>  
(normal: <20 cm<sup>2</sup>)

**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



## 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.  
izq.

normal  
 normal

patológica  
 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: \_\_\_\_\_