

Nombre	Apellido	HAS ID _____
---------------	-----------------	---------------------

Fecha	o Masculino o Femenino	F. Nac. (m/d/a)	Edad (años) o No seguro
Evento	Localización	oAtleta o Unified partner	Deporte
Delegación		SO program	

Utiliza silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mano/Muñeca <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Pie/ Tobillo
Utiliza equipo asistivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tiene férulas u ortosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	



¿Alguna enfermedad actual o lesión que pueda afectar el resultado de los "screenings"?		
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios
<input type="checkbox"/> Dolor: <input type="checkbox"/> extremidad inferior	<input type="checkbox"/> extremidad superior	<input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> cuello <input type="checkbox"/> cabeza
<input type="checkbox"/> Esguince: <input type="checkbox"/> pie ó tobillo	<input type="checkbox"/> rodilla <input type="checkbox"/> cadera	<input type="checkbox"/> mano ó muñeca <input type="checkbox"/> codo <input type="checkbox"/> hombro <input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> cuello
<input type="checkbox"/> Torcedura: <input type="checkbox"/> pie <input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/> muslo <input type="checkbox"/> espalda o pelvis	<input type="checkbox"/> mano <input type="checkbox"/> antebrazo <input type="checkbox"/> brazo <input type="checkbox"/> hombro/escapula <input type="checkbox"/> cuello
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Fiebre, enfermedad o infección	

HABITOS DE ACTIVIDAD FISICA

En promedio, ¿Cuántos días a la semana haces alguna actividad física?
<input type="checkbox"/> 3-7 días a la semana <input type="checkbox"/> 1-2 días a la semana
¿En qué actividades sueles participar?
<input type="checkbox"/> Andar-Caminata <input type="checkbox"/> Correr-Trotar <input type="checkbox"/> Carrera atlética <input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Levantamiento de pesas <input type="checkbox"/> Deporte (futbol, baloncesto, hockey, gimnasia, atletismo, etc.) <input type="checkbox"/> Otro
Programa de Actividad No Regular – ¿Por qué no eres físicamente activo?
<input type="checkbox"/> Falta de instalaciones deportivas <input type="checkbox"/> No tiene trasportación <input type="checkbox"/> No tener dinero <input type="checkbox"/> No te interesa <input type="checkbox"/> No hay personal especializado que me asista <input type="checkbox"/> No es seguro <input type="checkbox"/> Incapaz físicamente <input type="checkbox"/> No hay quien se ejercite conmigo <input type="checkbox"/> No tiene equipo o ropa
¿Realizas estiramientos regularmente?
<input type="checkbox"/> varias veces al día <input type="checkbox"/> Incapaz de dar una respuesta explicita <input type="checkbox"/> una vez al día <input type="checkbox"/> rehúsa a responder <input type="checkbox"/> ocasionalmente, no todos los días <input type="checkbox"/> incapaz de responder <input type="checkbox"/> no con regularidad <input type="checkbox"/> incapaz de entender

FLEXIBILIDAD

Indique (+) ó (-) grados

HAMSTRING – extensión pasiva de rodilla (supino)	
Izquierdo _____ grados	Derecho _____ grados
<input type="checkbox"/> Educación (< -15° ó asimetría)	<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla
PANTORRILLA – dorsiflexión pasiva de tobillo (supino)	
Izquierdo _____ grados	Derecho _____ grados
<input type="checkbox"/> Educación (< +10° ó asimetría)	<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla
MUSCULOS ANTERIORES A CADERA – Prueba Modificada Thomas (Modified Thomas Test)	
Izquierdo _____ grados	Derecho _____ grados
<input type="checkbox"/> Educación (< -10° ó asimetría)	<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla

Nombre	Apellido	HAS ID _ _ _ _ _
---------------	-----------------	-------------------------

FLEXIBILIDAD

Indique (+) ó (-) grados

HOMBRO – Prueba de Apley (Apley’s Test)			
Izquierdo _____ cm		Derecho _____ cm	
LADO IZQUIERDO: o Dentro de límites normales o Menos flexible de lo normal o Mas flexible de lo normal	LADO DERECHO: o Dentro de límites normales o Menos flexible de lo normal o Mas flexible de lo normal	LADO IZQUIERDO: o Dentro de límites normales o Menos flexible de lo normal o Mas flexible de lo normal	LADO DERECHO: o Dentro de límites normales o Menos flexible de lo normal o Mas flexible de lo normal
<input type="checkbox"/> Educación (> 15cm entre puntas de los dedos ó asimetría)		<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	

FUERZA

MUSCULOS DE LAS PIERNAS – Prueba de tiempo sentado-de pie (Timed Stands Test) Tiempo _____ seg			
<input type="checkbox"/> Educación (< 10 en 20 seg.)		<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	
MUSCULOS ABDOMINALES – Prueba abdominales parciales en 1 min (Partial Sit-up Test) Número _____			
<input type="checkbox"/> Educación (< 25 en 1 min.)		<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	
MUSCULOS DE ANTEBRAZO Y MANO – Prueba de dinamometría (Grip Test) Dominancia: o Izq o Der			
IZQ. Intento: 1. _____ kg 2. _____ kg 3. _____ kg		DER. Intento: 1. _____ kg 2. _____ kg 3. _____ kg	
<input type="checkbox"/> Educación (Hoja de referencia)		<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	
MUSCULOS EXT. SUPERIORES – Prueba apoyo sobre manos (Seated Push-up Test) Intento 1. _____ seg			
<input type="checkbox"/> Educación (< 5 segundos)		<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	

BALANCE

OJOS ABIERTOS – En una sola pierna (Single Leg Stand) Izq. _____ seg Der. _____ seg	
<input type="checkbox"/> Educación (< 20 segundos)	
<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	
OJOS CERRADOS ó CUBIERTOS – En una sola pierna (Single Leg Stand) Izq. _____ seg Der. _____ seg	
<input type="checkbox"/> Educación (< 10 segundos)	
<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	
ALCANCE FUNCIONAL – (Functional Reach) Izq. _____ cm Der. _____ cm	
<input type="checkbox"/> Educación (< 20 centímetros)	
<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla	

CONDICIÓN AEROBICA

Frec. Cardíaca (lat/min) Antes ejercicios: _____ Final ejercicio: _____ 2 min después: _____
o Prueba de 2 Min marcando paso (Two Minutes Step Test) Número de pasos: _____ pasos
o Prueba Alternativa: 3 Min andando (Three Minutes Walk Test) Distancia _____ metros
o 5 Min desplazamiento en silla de ruedas (Five Minutes Wheel Test) Distancia _____ metros
<input type="checkbox"/> Educación (incapaz de terminar prueba, cambio de color, fatigado exceso de sudor)
<input type="checkbox"/> Incapaz de realizar la prueba porque el atleta: o Rehúsa realizarla o Incapaz de realizarla o Incapaz de entenderla

RECOMENDACIONES DEL FISIOTERAPEUTA o SI o NO

Razones para Recomendación: o Flexibilidad o Fuerza o Balance o Condición Aeróbica