



DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DEPORTE Y  
REHABILITACIÓN

EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL  
INFORME

Fecha:

Nombre:  Afiliación:

Edad en años:  Peso en kg:  Talla en cms:

T/A mmHg:  FC lpm:  FR rpm:

**MOTIVO DE LA EVALUACION:** (Signos y síntomas actuales para la indicación del estudio)

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** (datos de importancia que puedan aportar información para la realización del estudio)

**ANTECEDENTES PERSONALES:** (Enfermedades, cirugías, esguinces, alergias, traumatismos, hospitalizaciones, fracturas y transfusiones)

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Esquema de vacunación:

Toxoide tetánico:  SI  NO Fecha de último refuerzo:  Num. de dosis:

Alcoholismo:  SI  NO Tabaquismo:  SI  NO Drogas ilícitas:  SI  NO

Fármacos:  SI  NO Tipo y dosis:

Bebidas con cafeína:  SI  NO Tipo y cantidad:

Tipo sanguíneo:  Rh:



**ANTECEDENTES DEPORTIVOS:**

Deporte:

Fecha de inicio:  Nivel:

Equipo deportivo:

Especialidad:

Calentamiento:  Enfriamiento formal:  Enfriamiento

Otras actividades deportivas:

Lugar donde entrena:

Lesiones deportivas:

**Comentario:**

**ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO:**

Ritmo:

Eje:

Frecuencia:  PR:  QT:

Hipertrofia:

**Comentario:**

**ESPIROMETRÍA:**

FVC (Litros):  FEV<sub>1</sub> (Litros):  FEV<sub>1</sub> %:

FEF<sub>25-75</sub> l/s:

**Comentario:**



**ANTROPOMETRÍA:**

% Masa muscular real	% Masa grasa real	% Masa muscular ideal	% Masa grasa ideal	Peso ideal kg	Peso real kg	Exceso de grasa

**Comentario:**

**TIEMPOS DE REACCIÓN:**

	Ideal	Real
Auditiva corta mseg:		
Auditiva larga mseg:		
Visual corta mseg:		
Visual larga mseg:		
Sprint pasos:		
Potencia anaeróbica watts		

**Comentario:**

**DINAMOMETRIA**

	Medido kg.	Esperado kg
<b>Hombro:</b>		
<b>Brazo:</b>		
<b>Eespalda:</b>		

**Comentario:**

**POTENCIA ANAERÓBICA:**

<b>Ideal watts</b>	<b>Medido watts</b>

**Comentario:**



**FLEXIBILIDAD**

Orto cm:	
Sentado cm:	
Hiprextensión cm:	
Índice de flexibilidad	

Comentario

**PRUEBA DE ESFUERZO: Resultados, comentarios y sugerencias derivados de la prueba de esfuerzo.**

Nombre, cédula y firma del médico

Residente

Médico responsable