



**FEDERACION COLOMBIANA DE FUTBOL**  
**COMISION ARBITRAL NACIONAL**  
**EVALUACIÓN MÉDICA II PRETEMPORADA 2019**

ÁRBITRO     ÁRBITRO ASISTENTE

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ (DÍA / MES / AÑO)

ASOCIACIÓN ARBITRAL: \_\_\_\_\_



# 1. HISTORIA MÉDICA

## 1.1 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"/>
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"/>
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	<b>der. – izq.</b>		<b>último episodio</b>
	<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	<b>der. – izq.</b>		<b>última operación</b>
	<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	<b>der. – izq.</b>	<input type="checkbox"/> Cadera
<input type="checkbox"/> Columna cervical	<input type="checkbox"/> Brazo		<input type="checkbox"/> Ingle
<input type="checkbox"/> Columna torácica	<input type="checkbox"/> Codo		<input type="checkbox"/> Muslo
<input type="checkbox"/> Columna lumbar	<input type="checkbox"/> Antebrazo		<input type="checkbox"/> Rodilla
<input type="checkbox"/> Esternón / costillas	<input type="checkbox"/> Muñeca		<input type="checkbox"/> Pierna
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Mano		<input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles
<input type="checkbox"/> Pelvis / sacro	<input type="checkbox"/> Dedos de la mano		<input type="checkbox"/> Tobillo
			<input type="checkbox"/> Pie, dedos del pie

### Diagnóstico actual y tratamiento:

<input type="checkbox"/> no	<b>der. - izq.</b>		<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"/> Tendinosis 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

**1.2 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"/>

**1.3 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"/>

**2. 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: \_\_\_\_\_

### **3. SISTEMA CARDIOVASCULAR**

**Ritmo**                       normal       arritmia

**Ruidos cardíacos**       normales       anormales; por favor especifique:

- Desdoblamiento
- Desdoblamiento paradójico
- 3<sup>er</sup> ruido cardíaco
- 4<sup>o</sup> 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

**3.1 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 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 ( $\geq 0.5$  mV en amplitud + relación R/S  $\geq 1$ )
- otros

**Repolarización** (segmento ST, ondas T, intervalo QT)

normal       anormal; por favor, especifique:

**Derivación**

	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. RESULTADOS\* DEL ANÁLISIS DE SANGRE (EN AYUNAS)**

**\* Adjunte una copia, por favor**

Hemoglobina	_____ mg/dL
Hematocrito	_____ %
Eritrocitos	_____ mg/dL
Trombocitos	_____ mg/dL
Leucocitos	_____ mg/dL
Sodio	_____ mmol/L
Potasio	_____ 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





## 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

## 5.3 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 + ++ |



## 6. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

### Historia médica

- Normal  
 Apto para el arbitraje, es necesario el seguimiento;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_  
 No se recomienda el arbitraje;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_

### Examen clínico

- Normal  
 Apto para el arbitraje, es necesario el seguimiento;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_  
 No se recomienda el arbitraje;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_

### Examen ortopédico

- Normal  
 Apto para el arbitraje, es necesario el seguimiento;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_  
 No se recomienda el arbitraje;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_

### ECG de reposo con 12 derivaciones

- Normal  
 pto para el arbitraje, es necesario el seguimiento;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_  
 No se recomienda el arbitraje;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_

### Otros hallazgos

- Normal  
 Apto para el arbitraje, es necesario el seguimiento;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_  
 No se recomienda el arbitraje;  
especifique, por favor: \_\_\_\_\_

**APTITUD PARA EL ARBITRAJE DE COMPETICIÓN**  **sí**  **no**

#### MÉDICO QUE REALIZÓ EL EXAMEN E INSTITUCIÓN

Nombre del médico que realizó el examen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_