



FEDERACION COLOMBIANA DE FUTBOL
COMISION ARBITRAL NACIONAL
EVALUACIÓN MÉDICA I PRETEMPORADA 2021

ÁRBITRO ÁRBITRO ASISTENTE

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

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

ASOCIACIÓN ARBITRAL: _____

1. HISTORIA MÉDICA

1.1 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"/> | 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"/> | Tobillo | ¿Cuándo? _____ (año) |
| | <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"/> 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 | der. - izq. | | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | pubalgia | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Esguince de isquiotibiales | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Esguince de cuádriceps | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Esguince de rodilla | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Lesión de menisco | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Tendinosis de tendón de Aquiles | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Esguince de tobillo | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <input type="checkbox"/> | Concusión | <input type="checkbox"/> reposo | <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> cirugía |
| | <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^{er} ruido cardíaco
- 4^o 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**
- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal; por favor, especifique: |
| | <input type="checkbox"/> Latidos ventriculares prematuros |
| | <input type="checkbox"/> Latidos supraventriculares prematuros |
| | <input type="checkbox"/> Taquicardia supraventricular |
| | <input type="checkbox"/> Arritmia ventricular |
| | <input type="checkbox"/> Aleteo / fibrilación auriculares |
| | <input type="checkbox"/> Onda delta |
| | <input type="checkbox"/> Bloqueo aurículo-ventricular; por favor, especifique: |
| | <input type="checkbox"/> Primer grado |
| | <input type="checkbox"/> Segundo grado tipo I |
| | <input type="checkbox"/> Segundo grado tipo II |
| | <input type="checkbox"/> Tercer grado |

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

- Agrandamiento auricular**
- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí, izq. (porción negativa de la onda P en la derivación V1 ≥ 0.1 mV en profundidad y ≥ 0.04 s en duración) |
| | <input type="checkbox"/> sí, der. (onda P en pico en las derivaciones II y III ó V1 ≥ 0.25 mV en amplitud) |

Despolarización / complejo QRS

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Eje | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal ($\geq +120^\circ$ ó -30° a -90°) |
| Tensión | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal |
| Hipertrofia VI | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí |
| Ondas Q | <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí; por favor, especifique: <input type="checkbox"/> completo (>0.12 s) izq. <input type="checkbox"/> completo (>0.12 s) der. <input type="checkbox"/> incompleto izq. anterior <input type="checkbox"/> incompleto izq. posterior <input type="checkbox"/> incompleto der. |
| Onda R | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> onda R o R' patológica en la derivación V1 (≥ 0.5 mV en amplitud + relación R/S ≥ 1) <input type="checkbox"/> 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: _____