

INFORME DE CONDICION FÍSICA 2026-2027

Estudiante:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Sexo:
F☐ M☐

Edad:

Grado:

Fecha de nacimiento:
día / mes / año

Deporte:

Instrucciones: Conteste las preguntas marcando Si ó No con ☒ De contestar afirmativamente, explique.

Preguntas	Si	No	Preguntas	S i	N o
¿Ha tenido alguna enfermedad desde su último examen físico? ¿Cuál? _____			¿Ha tenido alguna lesión?		
¿Padece de alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____			¿Padece de alguna alergia? (Ej. al polen, medicamentos, comidas o picadas de insectos)		
¿Ha estado hospitalizado? Razón _____			¿Es alérgico algún medicamento o alimento? Mencione: _____		
¿Toma medicamento recetado? ¿Cuál? _____			¿Padece de alergias por temporadas que requiera tratamiento médico?		
¿Toma suplementos o vitaminas? ¿Cuál? _____			¿Toma medicamentos sin receta? ¿Cuál? _____		
¿Ha tomado medicamentos para mejorar su rendimiento?			¿Ha tenido la presión sanguínea alta o colesterol alto?		
¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio?			¿Ha tenido alguna infección viral severa? (Ej. miocarditis, mononucleosis) en los últimos meses		
¿Ha sentido mareos durante o después del ejercicio?			¿Tiene al presente algún problema en la piel? (Ej: picor, urticaria, acné, verrugas, hongos)		
¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?			¿Ha tenido alguna vez una lesión o golpe fuerte en la cabeza?		
¿Ha tenido el ritmo del corazón acelerado o latidos fuera del ritmo normal?			¿Ha sido noqueado?		
¿Se le ha diagnosticado soplo del corazón?			¿Ha estado inconsciente?		
¿Algún familiar cercano ha muerto del corazón?			¿Alguna vez ha perdido la memoria?		
¿Algún familiar cercano menor de 50 años padece de enfermedades cardíacas?			¿Ha tenido alguna vez convulsiones?		
¿Le han negado o restringido la participación en deportes por algún problema del corazón?			¿Tiene o ha tenido dolores de cabeza frecuentes o severos?		
¿Ha tenido adormecimiento y hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?			¿Ha sufrido algún desmayo o cualquier otro síntoma relacionado a exposición al calor durante el ejercicio?		
Usa algún equipo o aditamento para su deporte (Ej. rodilleras, cuellera, retenedor de dientes o audífonos) Mencione:			¿Ha sufrido algún episodio de calambre, durante el ejercicio?		
¿Usted tose, sibila (pito en el pecho) o tiene problemas al respirar durante o después de actividad física?			¿Ha tenido o tiene algún problema con los ojos o con la visión?		
¿Ha tenido alguna vez un nervio pinchado?			¿Usa espejuelos, lentes de contacto o protectores de ojos?		
¿Ha tenido esguince (rotura de ligamentos)?			¿Quieres bajar o subir de peso?		
¿Padece de Asma?			¿Alguna vez ha tomado medicamentos para ayudarle a perder o ganar peso?		
¿Ha sufrido fractura de algún hueso?			¿Te sientes con estrés?		
			¿Ha tenido inflamación después de una lesión?		

¿Ha tenido problemas con dolor o hinchazón de músculos, tendones, huesos o articulaciones? Si contestó SI, marque en cuál

Cabeza☐ codo☐ cadera☐ brazo☐ cuello☐ rodilla☐ muñeca☐ muslo☐
mano☐ espalda☐ pie☐ pecho☐ tobillo☐ hombro☐ dedo☐ pantorrilla☐ antebrazo☐

Solamente Fémimas:

¿Cuándo fue su primer período menstrual? _____

¿Cuándo fue su más reciente período menstrual? _____

¿Cuánto tiempo tarda comúnmente desde el comienzo de un período al comienzo del otro? _____

¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____

¿Cuánto fue el tiempo más largo entre período en el último año? _____

Certifico que, en mi mayor conocimiento, las contestaciones a las preguntas completadas arriba son correctas.

Firma del Atleta

Firma del Padre o Tutor

EXAMEN FÍSICO 2026-2027

Debe ser completado por el pediatra o médico de cabecera del estudiante.

Estudiante:					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial
Sexo:	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento:	Deporte:	
F ☐ M ☐			día / mes / año		

Favor completar la siguiente información:

Presión Peso Corporal Estatura Pulso Peso de competencia

Visión O.U. Visión O.D. Visión O.S.

Favor completar la siguiente información utilizando la siguiente escala:

N = Normal NE= No examinado A= Anormal

	N	NE	A		N	NE	A
Apariencia general				Reflejos			
Ojos				Bicipital			
Oídos				Braquioradial			
Nariz / septo				Tricipital			
Boca / Garganta				Patelar			
Cuello / Tiroides				Aquileano			
Linfáticos				Musculoesqueletal			
Pecho / Pulmones				Espalda / Columna			
Senos / Tanner				Mano / Muñeca			
Cardiovascular				Antebrazo			
Adbomen / Hernias				Codo			
Genitalia / Tanner – Pélvico PAP				Brazo			
Reotal				Hombro			
Piel/ Marcas congénitas				Cadera			
Neurológico				Muslo			
Nervios Craniales				Rodilla			
Motor				Pierna			
Sensorial				Tobillo			
Coordinación				Pie			
				Flexibilidad General			

Historial de Lesiones Si ☐ NO ☐

Fecha Mes/Año	Área afectada (especifique)	Mecanismo Trauma / Sobreuso	Clasificación (Piel, Tendón, Músculo, Articulación, Ligamento Hueso)	Situación Competencia Entrenamiento Otros	Secuela Si / No

Problemas identificados:

Recomendaciones:

Disposición: Participación ☐ No participación ☐

Nombre del Médico Fecha

Firma del Médico #Lic

CARTA DIRECTOR(A)

Estudiante:							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Sexo: F ☐ M ☐		Edad:		Grado:		Deporte:	

Estimado Director/a:

El estudiante está solicitando admisión a la Escuela Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico Eugenio Guerra Cruz (ECEDAO-EGC) en Salinas. Agradecemos que nos pueda hacer llegar la información requerida en este documento. Si no conoce bien al estudiante, tiene la libertad de así expresarlo.

Nombre de la Escuela

Dirección de la escuela

Teléfono

1. ¿Ha estado el estudiante involucrado en violaciones a las normas o reglamentos de su escuela?

Sí No Explique

2. ¿Ha tenido el estudiante casos vistos por el Comité de Disciplina Escolar?

Sí No Explique

3. ¿Recomienda usted la admisión del estudiante a la Escuela Especializada en Deportes?

Sí No Si, con reservas

Fecha Firma



Sello oficial de la escuela

Esta evaluación es confidencial; favor de entregar en sobre sellado

Apartado 2004 / Salinas, Puerto Rico 00751 / Tel. (787) 824-1534 / email: d57281@de.pr.gov
El Departamento de Educación no discrimina por razón de raza, color, género, orientación sexual, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.

CARTA MAESTRO DE SALÓN HOGAR

Estudiante:			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre		Inicial	
Sexo: F ☐ M ☐	Edad:	Grado:	Deporte:

Estimado Maestro de Salón Hogar:

El estudiante está solicitando admisión a la Escuela Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico Eugenio Guerra Cruz (ECEDAO-EGC) en Salinas. Agradecemos que nos pueda hacer llegar la información requerida en este documento. Si no conoce bien al estudiante, tiene la libertad de así expresarlo.

Nombre del maestro(a)

Dirección de la escuela

Teléfono

1. Asociaciones, clubes o actividades extracurriculares en las que ha participado el estudiante:

2. Detalle el desempeño del estudiante en las siguientes áreas:

Potencial intelectual (favor de incluir promedio)

Responsabilidad

Disciplina

Liderato

Relaciones interpersonales (maestros, compañeros, comunidad Escolar)

Cooperación

3. ¿Demuestran sus padres, compromiso con todo lo relacionado a la educación del estudiante?

4. ¿Asiste regularmente y a tiempo al salón de clases? Si No

5. ¿Existe alguna información que debamos saber del perfil del estudiante?

6. ¿Recomienda usted la admisión del estudiante a la ECEDAO-EGC? Si No

Fecha Firma

Sello oficial de la escuela



Esta evaluación es confidencial; favor de entregar en sobre sellado

Apartado 2004 / Salinas, Puerto Rico 00751 / Tel. (787) 824-1534 / email: d57281@de.pr.gov
El Departamento de Educación no discrimina por razón de raza, color, género, orientación sexual, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.

CARTA TRABAJADOR (A) SOCIAL O CONSEJERA

Estudiante:					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial
Sexo: F ☐ M ☐	Edad:	Grado:	Deporte:		

Estimado/a Trabajador/a Social / Consejero/a:

El estudiante está solicitando admisión a la Escuela Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico Eugenio Guerra Cruz (ECEDAO-EGC) en Salinas. Agradecemos que nos pueda hacer llegar la información requerida en este documento. Si no conoce bien al estudiante, tiene la libertad de así expresarlo. Este cuestionario busca evaluar si el estudiante tiene las destrezas sociales y emocionales para convivir en una escuela residencial.

Nombre de la Escuela _____
Dirección de la escuela _____
Teléfono _____

1. ¿Qué fortalezas ha identificado en el estudiante? Explique

2. ¿Tiene el estudiante relaciones interpersonales saludables? Explique

3. Describa la conducta del estudiante en la escuela. Explique

4. Los Padres se involucran en el proceso de enseñanza de sus hijos. Explique

5. El estudiante ha estado involucrado en situaciones de indisciplina. Si ☐ No ☐ Explique

6. ¿Pertenece el estudiante al programa de Educación Especial? Si ☐ No ☐
Si la contestación fue afirmativa indique el tipo de ubicación:
Salón Recurso ☐ Salón Contenido ☐ Servicios Alternos ☐

8. ¿Ha observado algún rasgo que usted entienda que puede hacer al estudiante participe de este programa de Educación Especial? Si ☐ No ☐ Explique

9. ¿Entiende que esta preparado para una escuela residencial? Si ☐ No ☐ Explique

10. ¿Recomienda la admisión del estudiante a la ECEDAO? Si ☐ Sí, con reservas ☐ No ☐

Firma _____ # Lic. _____ Fecha _____



Sello oficial de la Escuela

Esta evaluación es confidencial; favor de entregar en sobre sellado

RECOMENDACION DEPORTIVA

Estudiante:					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial
Sexo: F ☐ M ☐	Edad:	Grado:	Deporte:		
Centro/Club			División:		
Federación:					

HISTORIAL DEPORTIVO

EVENTOS	AÑO	RESULTADOS	LOGRO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

En este espacio indique la trayectoria deportiva del estudiante. Describa los logros en y fuera de Puerto Rico

Nombre en letra de molde de la
persona que recomienda

Firma

Posición

Teléfono

Dirección

Sello oficial

***Esta evaluación es confidencial; favor de entregar en sobre sellado**