

CUESTIONARIO DE LESIONES DEL BOXEADOR

Nombre:

Peleas profesionales/ KO's:

Record de peleas profesionales:

Peso a la hora de la pelea:

Peso después de la pelea:

	Si	No
FAMILIA		
1. ¿Sintió alguna diferencia conforme se acercaba esta pelea tomando como referencia sus otras peleas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Notó algún cambio en su comportamiento antes, durante o después de la pelea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El peleador estaba menos concentrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El peleador estaba más irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El peleador estaba durmiendo menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Estaba en mala condición en comparación con otras peleas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Hizo algo diferente en su preparación con respecto de otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Qué tanto peso perdió el peleador en los últimos 30/ 7 días?	
9. ¿Para esta pelea requirió perder más peso para el pesaje que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez uso drogas recreacionales, P.E.D o esteroides previo a esta pelea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuándo fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas antes de esta pelea? ¿Qué tipo? ¿Cuánto?	
12. ¿Tomó vitaminas, hierbas o complementos naturales seguido? ¿Qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tomó alguna pociones especiales o sustancias no tradicionales, como cera de abejas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez supo que tuviera una lesión en la cabeza fuera del boxeo (accidente de auto, fútbol, béisbol, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez supo que estuviera inconsciente por algún motivo? ¿Por qué y cuando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Sabe si alguna vez ha tenido mareos o desmayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene otro trabajo aparte del boxeo? ¿Qué tipo de trabajo hace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios específicos:

.....

ENTRENADOR/ MANAGER/ ESQUINA

	Si	No
18. ¿Noto alguna diferencia conforme se acercaba la pelea en comparación con peleas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Noto algún cambio en el comportamiento antes, durante o después de la pelea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿El peleador estaba menos concentrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿El peleador estaba más irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El peleador estaba durmiendo menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Estaba en mala condición en comparación con otras peleas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Hizo algo diferente en su preparación a diferencia de otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Qué tanto peso perdió el peleador en los últimos 30/ 7 días?	
26. ¿Para esta pelea requirió perder más peso para el pesaje que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Alguna vez uso drogas recreacionales, P.E.D o esteroides previo a esta pelea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Cuándo fue la ultima vez que consumió bebidas alcohólicas antes de esta pelea? ¿Qué tipo? ¿Cuánto?	
29. ¿Tomó vitaminas, hierbas o complementos naturales seguido? ¿Qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Tomó alguna pociones especiales o sustancias no tradicionales, como cera de abejas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Tuvo lesiones al entrenar o hacer sparring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Cuándo empezó a entrenar?	
33. ¿Algunos cambios en su preparación en comparación con otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Bebía agua rutinariamente (o electrolitos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Tuvo una mayor ingesta de bebidas antes y durante la pelea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. En retrospectiva, ¿ésta fue una pelea dura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Ha enfrentado peleas más difíciles que ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Notó algo inusual en el boxeador en el ring? (¿respondía a su esquina como siempre?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Cuándo se dio cuenta que algo estaba mal?	
40. ¿Quién percibió que estaba mal?	
41. ¿Contacto al medico de ring sobre esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿El personal médico fue informado sobre esto? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Había un médico ahí cuando notó algún problema? ¿Cuánto tiempo tomó hasta que uno estuvo a su disposición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Cuánto tiempo pasó para que el boxeador llegara al hospital?	
45. Número de peleas en los últimos 12 meses	
46. ¿Cuándo fue la ultima pelea?	
47. ¿En qué round se lesionó?	
48. ¿Quién estaba en la esquina? ¿Algún familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Considerando el peso levantado, el correr, comidas (dieta), numero de rounds de sparring para esta pelea. ¿Fue más, menos o lo usual que en peleas anteriores?		

Comentarios específicos:

.....

REFERI

Si No

- 50. ¿Cuántos años tiene de experiencia profesional como réferi
- 51. ¿Notó algo inusual en el boxeador antes de la pelea?
- 52. ¿Notó algo inusual en el boxeador durante la pelea?
- 53. ¿Hubo algún momento en el que se preocupara por el boxeador?
- 54. ¿Hubo algún momento en el que sintió que el curso de la pelea cambiara?
- 55. ¿Si paro la pelea, cuales fueron las razones?
- 56. ¿Cuantas veces el boxeador fue noqueado?
- 57. ¿Converso con el boxeador entre los rounds? ¿Cuál fue su valoración?
- 58. ¿El boxeador respondía a su esquina entre los rounds?

Comentarios específicos:

.....
.....

JUECES

- 59. ¿Cuántos años tiene de experiencia profesional como juez?
- 60. ¿Notó algo inusual en el boxeador durante la pelea?
- 61. ¿Hubo algún momento en el que se preocupara por el boxeador?
- 62. ¿Hubo algún momento en el que sintió que el curso de la pelea cambiara?

Comentarios específicos:

.....
.....

Supervisor

- 63. Copia de la hoja de calificaciones
- 64. ¿Cuantos rounds consecutivos el boxeador perdió en las tarjetas?
- 65. ¿El peleador marcó el peso reglamentario al momento? Si / no
¿cuantas libras tuvo que perder? ¿Cómo perdió ese peso?
- 66. Peso en el pesaje, en la noche de la pelea, después de la pelea

(.....)	

Comentarios específicos:

.....
.....

MEDICO DE RINGSIDE

67. ¿Hizo algún examen físico previo a la pelea?
68. Si así fue, ¿encontró algo anormal? (obtener una copia del reporte)
Si No
69. ¿El reporte indica anomalías?
70. ¿Estaba usted al tanto del estilo de boxear hasta antes de la lesión?
71. ¿Ha estado en ringside para una pelea de este boxeador?
72. ¿Cuanto tiempo tiene de experiencia como médico de ring?
73. ¿Cuál es su especialidad médica?
74. ¿Qué formación ha completado BCLS, ATLS, CPR?
75. ¿Se le solicitó entrar al ring? Si así fue, ¿cuántas veces? ¿Por qué razones?
76. ¿Cuál fue su diagnostico en cada una de ellas?
77. ¿Qué hizo al entrar al ring?
78. Dar una narrativa detallada, subjetiva, relato objetivo, Evaluación y Tratamiento
En el momento en que fue llamado al ring
.....
79. ¿El peleador estaba inconsciente? Si así fue, ¿por cuanto tiempo?
80. ¿Cuanto tiempo paso entre la caída y la llegada al hospital?
81. De un detallado SOAP del boxeador después de la pelea
82. ¿Podría decir que usted estaba seguro que el boxeador estaba bien
al salir del ring?
83. ¿Fue contactado por el equipo del boxeador después de la pelea
al notar algo extraño?
- Comentarios específicos:
.....
.....

DOCTOR DEL HOSPITAL

Obtener la copia del informe paramédico / ambulancia.

Obtener copia de todos los rayos X / resonancia magnética y una tomografía y registros pertinentes

Por favor mande sus cuestionarios a:

beatrixraudzus@aol.com

vsilva@wbcboxing.com

o a

Dr. Beatrix Raudszus

Frankenstraße 2

D-10781 Berlin

Alemania

O por fax

0049 30 8963 7786