

FICHA MÉDICA

Datos Personales

Apellido:	Nombre:	D.N.I.
F. de nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Fijo:	
Localidad:	Dpto:	Tel. Celular:
En caso de emergencia avisar a:		Tel. Celular:
Obra Social:	N° Afiliado:	
En caso de internación derivar a:		Tel. Celular:

Lugar y fecha Firma del Deportista /padre, madre o tutor

Historia Clínica

Marcar con X las opciones positivas y aclarar al dorso anteponiendo el número de opción

1	Enfermedades congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades digestivas	37	Enfermedades de la vista
4	Golpes fuertes	21	Enfermedades renales	38	Enfermedades glandulares
5	Lesiones articulares	22	Enfermedades renales	39	Heridas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones urinarias	40	Enfermedades de la piel
7	Enfermedades de los huesos	24	Hepatitis - Enf. del Hígado	41	Enfermedades auditivas
8	Enfermedades musculares	25	Enfermedades de genitales	42	Infecciones crónicas
9	Fiebre reumática	26	Enfermedades neurológicas	43	Psoriasis
10	Artritis - Artrosis	27	Dolores de cabeza - Mareos	44	Enf. de transmisión sexual
11	Enfermedades respiratorias	28	Deshidratación	45	Consume alcohol
12	Enfermedades articulares	29	Enfermedades psiquiátricas	46	Consume tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Diabetes	47	Hipertensión arterial
14	Asma	31	Chagas	48	Recibió transfusiones
15	Neumonía - bronconeumonía	32	Soplos del corazón	49	Recibió hemodiálisis
16	Varicela	33	Enfermedades cardíacas	50	Vacunación completa
17	Rubeola	34	Convulsiones - Epilepsia	51	Toma medicación

Alergias

Evaluación Clínica

52	Polvo - Polen Plumas	59	Cabeza y cuello
53	Polvo - Polen Plumas	60	Ojos
54	Medicamentos	61	Oídos
55	Comidas	62	Boca y faringe
56	Antibióticos	63	Nariz y pulmones
57	Picaduras de Insectos	64	Corazón
58	Otros	65	Pulsos periféricos

Valoración Funcional

Frecuencia cardíaca basal	66	Abdomen
Frecuencia respiratoria basal	67	Columna vertebral
Tensión arterial basal	68	Neurológico
	69	Otro dato relevante

¿Realiza actividad física?	SI	NO	¿Cuál? Frecuencia semanal:
----------------------------	----	----	-------------------------------

CERTIFICO que _____ de _____ años de edad,
ha sido examinado clínicamente y se encuentra APTO NO APTO para realizar actividades deportivas competitivas
(Tachar lo que no corresponda)

Lugar y fecha Firma y sello del Médico