



# FICHA MÉDICA 2016



DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA						
Apellido:		Nombre:		DNI:		
Fecha de Nacimiento: / /		Grupo Sanguíneo:		Factor:		
Domicilio:				Tel. Particular:		
Localidad:			Provincia:	Tel. Celular:		
Obra Social:			N° Afiliado:			
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:				DNI:		
Domicilio:				Tel. de Contacto:		
Para ser completado por el médico - Historia Clínica - Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas						
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	Hepatitis-Enf. Del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5		Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones quirúrgicas
6		Fracturas-Esguinces	23	Infecciones urinarias	40	Heridas
7		Enfermedad de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8		Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9		Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza-Mareos	43	Infecciones crónicas
10		Artritis-Artrosis	27	Convulsiones-Epilepsia	44	Psoriasis
11		Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de conocimiento	45	Consumo alcohol
12		Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consumo tabaco
13		Sinusitis-Otitis-Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. De Transmisión Sexual
14		Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15		Neumonía-Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16		Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión arterial
17		Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma medicación
Es alérgico(a) a:					Calendario de Vacunación Completo	
		Polvo-Polen		Antibióticos	52	SI NO
		Medicamentos		Picaduras de Insectos	Completar al dorso dosis faltantes	
		Plumas		Otros (Especificar)		
		Comidas				
Valoración Funcional			E.C.G. (Sugerido)			
Frecuencia Cardíaca Basal					Peso	
Frecuencia Respiratoria Basal					Altura	
Tensión Arterial Basal					Talla Sentado	
Evaluación Clínica						
53		Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54		Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55		Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56		Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia
Evaluación Podología						
Tipo de Pisada			Tipo de Piernas			
SUPINADOR			Recurvatum			
TRONADOR			Normal			
			Valgo			
			Varo			
El Pie es:			Tipo de Pie			
Normal			Pie Griego			
Plano			Pie Egipcio			
Cavo			Pie Polinesio Cuadrado			



## FICHA MÉDICA 2016



**Dejo constancia que....., DNI....., de.....años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Localidad y Fecha

**Según mi leal consentimiento, autorizo a....., DNI....., a participar en ....., y declaro verídicos todos los datos que proporcione en el presente cuestionario.**

\_\_\_\_\_  
Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI