

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

Apellidos:..... Nombres:..... DNI:.....
 Fecha de Nacimiento:...../...../..... Grupo Sanguíneo:..... Factor:..... Obra Social:..... N° Afiliado.....
 Domicilio..... Tel.Contacto:..... Localidad:..... Provincia:.....
 Nombre del Padre, Tutor o Encargado:..... DNI:.....
 Domicilio:..... Tel.de Contacto:.....

HISTORIA CLÍNICA Para ser completado por el médico (Marcar aquellas opciones positivas)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas | 9 <input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas/Vista | 17 <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas | 25 <input type="checkbox"/> Diabetes/Chagas |
| 2 <input type="checkbox"/> Traumatismos | 10 <input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares | 18 <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza-Mareos Pérdida de conocimiento | 26 <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas-Soplo. Hipertensión arterial |
| 3 <input type="checkbox"/> Lesiones- Fracturas - Esguinces | 11 <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas | 19 <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia | 27 <input type="checkbox"/> Varicela/Rubeola |
| 4 <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Huesos. Fiebre Reumática | 12 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel. Heridas | 20 <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas | 28 <input type="checkbox"/> Paperas/Sarampion |
| 5 <input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares/Musculares | 13 <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas | 21 <input type="checkbox"/> Enfermedades Genitales/Trasm.Sexual | 29 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios |
| 6 <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | 14 <input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf.del Hígado | 22 <input type="checkbox"/> Deshidratación | 30 <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas |
| 7 <input type="checkbox"/> Neumonía – Bronconeumonía - Asma | 15 <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales. Infecciones Urinarias | 23 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | 31 <input type="checkbox"/> Consume alcohol/Tabaco |
| 8 <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas | 16 <input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis? | 24 <input type="checkbox"/> Recibió Transfusiones? | 32 <input type="checkbox"/> Toma medicación? |

Aclarar medicación que toma.....
 Es alérgico a (especificar).....
 Calendario vacunación completo: SI - NO (Completar al dorso dosis faltantes)

VALORACION FUNCIONAL Ergometría o ECG-Informe.....

Frecuencia Cardíaca Basal..... Tensión Arterial Basal..... Altura.....
 Frecuencia Respiratoria Basal..... Peso..... Talla Sentado.....

EVALUACION CLINICA

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 33 <input type="checkbox"/> Cabeza y Cuello | 35 <input type="checkbox"/> Boca y Faringe | 37 <input type="checkbox"/> Abdomen | 39 <input type="checkbox"/> Neurológico |
| 34 <input type="checkbox"/> Ojos- Oídos | 36 <input type="checkbox"/> Nariz y Pulmones | 38 <input type="checkbox"/> Columna Vertebral | 40 <input type="checkbox"/> Comentarios de Importancia |

EVALUACION PODOLOGICA

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Tipo de Pisada | Tipo de pi ernas | Tipo de Pie | El pie es |
| <input type="checkbox"/> Supinador | <input type="checkbox"/> Recurvatum | <input type="checkbox"/> Pie griego | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Tronador | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Pie egipcio | <input type="checkbox"/> Plano |
| | <input type="checkbox"/> Valgo | | <input type="checkbox"/> Cavo Pie Polinesio Cuadrado |
| | <input type="checkbox"/> Varo | | |

Dejo constancia que el deportista mencionado en la parte superior, 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 al deportista mencionado al principio de este certificado a participar en prácticas y eventos de patin artístico y declaro verídicos todos los datos que proporciona el presente cuestionario.

.....
 Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado
 (marcar lo que corresponde)

.....
 Aclaración

.....
 DNI