

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 s 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					66		Abdomen		
Frecuencia cardíaca basal					67		Columna vertebral		
Frecuencia respiratoria basal					68		Neurológico		
Tensión arterial basal					69		Otro dato relevante		
¿Realiza actividad física?		SI	NO	¿Cuál?					
				Frecuencia semanal:					
Estudios complementarios:		ECG		Ergometría		TAC		RMN	
								Laboratorio	
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									