

Datos Personales del Deportista

Apellido:		Nombre:		D.N.I.:	
F. de Nacimiento:/...../.....		Grupo Sanguíneo:		Factor:	
Domicilio:				Tel. Particular:	
Localidad:		Provincia:		Tel. Celular:	
Obra Social:			Nº Afiliado:		
Domicilio:				Tel. de Contacto:	

Para ser completado por el médico

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1 <input type="checkbox"/> Enfermedades Congénitas	18 <input type="checkbox"/> Paperas	35 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre
2 <input type="checkbox"/> Traumatismos	19 <input type="checkbox"/> Sarampión	36 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios
3 <input type="checkbox"/> Operaciones	20 <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas	37 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vista
4 <input type="checkbox"/> Golpes Fuertes	21 <input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf. del Hígado	38 <input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares
5 <input type="checkbox"/> Lesiones Articulares	22 <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales	39 <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas
6 <input type="checkbox"/> Fracturas - Esguinces	23 <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias	40 <input type="checkbox"/> Heridas
7 <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Huesos	24 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Genitales	41 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel
8 <input type="checkbox"/> Enfermedades Musculares	25 <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas	42 <input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas
9 <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	26 <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza - Mareos	43 <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas
10 <input type="checkbox"/> Artritis - Artrosis	27 <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia	44 <input type="checkbox"/> Psoriasis
11 <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	28 <input type="checkbox"/> Pérdida de Conocimiento	45 <input type="checkbox"/> Consume Alcohol
12 <input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares	29 <input type="checkbox"/> Deshidratación	46 <input type="checkbox"/> Consume Tabaco
13 <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas	30 <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas	47 <input type="checkbox"/> Enf. de Transmisión Sexual
14 <input type="checkbox"/> Asma	31 <input type="checkbox"/> Diabetes	48 <input type="checkbox"/> Recibió Transfusiones
15 <input type="checkbox"/> Neumonía - Bronconeumonía	32 <input type="checkbox"/> Chagas	49 <input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis
16 <input type="checkbox"/> Varicela	33 <input type="checkbox"/> Soplos del Corazón	50 <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
17 <input type="checkbox"/> Rubeola	34 <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas	51 <input type="checkbox"/> Toma Medicación

Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/> Comidas	

Calendario de Vacunación Completo

52 SI NO
Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)

Peso	
Altura	
Talla Sentado	

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluación Clínica (*)

53 <input type="checkbox"/> Cabeza y Cuello	57 <input type="checkbox"/> Boca y Faringe	61 <input type="checkbox"/> Abdomen
54 <input type="checkbox"/> Ojos	58 <input type="checkbox"/> Nariz y Pulmones	62 <input type="checkbox"/> Columna Vertebral
55 <input type="checkbox"/> Oídos	59 <input type="checkbox"/> Corazón	63 <input type="checkbox"/> Neurológico
56 <input type="checkbox"/> Toma Medicación (Especificar)	60 <input type="checkbox"/> Pulsos Periféricos	64 <input type="checkbox"/> Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI No ¿Cuál? _____

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI No

¿Cuál? ECG Ergometria TAC RMN Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en _____, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción