



# FICHA MEDICA - AÑO 2018

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Obra Social \_\_\_\_\_ Nro. Afiliado \_\_\_\_\_  
 GrupoSanguineo \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

MARCAR CON UNA X AQUELLAS QUE RESULTEN POSITIVAS

1	Enfermedades congenitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la sangre
2	Traumatismos	19	Sarampion	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 arteriales	22	Enfermedades renales	39	Enfermedades Quirurgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los huesos	24	Enfermedades de genitales	41	Enfermedades de la piel
8	Enfermedades musculares	25	Enfermedades Neurologicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumatica	26	Dolores de cabeza - mareos	43	Infecciones cronicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulciones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades respiratorias	28	Perdida del conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades articulares	29	Deshidratacion	46	Consume tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiatricas	47	Enf. De transmision sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibio transfusiones
15	Neumonia - Bronconeumonia	32	Chagas	49	Recibio hemodialisis
16	Varicela	33	Soplos del corazon	50	Hipertencion arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardiacas	51	Toma Medicacion

Observaciones: \_\_\_\_\_

Calendario de Vacunacion Completo  SI  NO

Es Alergico a:  SI  NO Especificar \_\_\_\_\_

### Valoracion Funcional

Frecuencia Cardiaca Basal  Frecuencia Respiratoria Basal  Tension Arterial Basal

Se sugiere que se realice un E.C.G. (no es obligatorio)

¿Realiza Actividad Fisica?  SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia?  1  2  3  4  5  6  7 veces por semana

¿Se realizo algún estudio complementario a sugerencia del medico evaluador o tiene hecho alguno?  SI  NO

¿Cuál? ECG  Ergometria  TAC  RMN  Estudios deLaboratorio

Anexar una fotocopia del estudio abrochada a esta ficha

**Declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario**

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor/a

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

**Certifico que .....de ..... años de edad, ha sido examinado clinicamente y hasta la fecha se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

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

fecha de presentación:...../...../.....