FICHA MEDICA - AÑO 2024

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 higado	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 transfuciones
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:……../……../…….