

FICHA MEDICA - AÑO 2025



Obra Social _____ Nro. Afiliado _____

Grupo Sanguineo _____ Factor RH _____ Peso _____ Altura _____

MARCAR CON UNA **X** AQUELLAS QUE RESULTEN POSITIVAS

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	Hepatitis - Enf. del hígado	38	Enfermedades glandulares
5	Lesiones arteriales	22	Enfermedades renales	39	Enfermedades Quirúrgicas
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 Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de cabeza - mareos	43	Infecciones crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades respiratorias	28	Perdida del conocimiento	45	Consumo Alcohol
12	Enfermedades articulares	29	Deshidratación	46	Consumo tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. De transmisión sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibo transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibo hemodialisis
16	Varicela	33	Soplos del corazón	50	Hipertensión arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Observaciones: _____

Calendario de Vacunación Completo SI NO

Es Alergico a: SI NO Especificar _____

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal Frecuencia Respiratoria Basal Tensión Arterial Basal

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

¿Realiza Actividad Física? SI NO ¿Cuál? _____

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

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

¿Cuál? ECG Ergometría TAC RMN Estudios de Laboratorio

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

Firma y Sello del Médico

Localidad y Fecha

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