

FICHA MEDICA - AÑO 2026



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 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 quede 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:...../...../.....