

# 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		Convulsiones - 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:...../...../.....