



Datos Personales del Deportista

Apellido:	Nombre:	DNI:
F.de Nacimiento	Edad:	Sexo:
Domicilio:	Telefono 1:	Telefono 2:
Localidad:	Provincia:	
Nombre y Apellidos Madre, Padre:	Telefonos:	

Para ser completado por Medico, Madre, Padre o Tutor

Ficha medica

completar con una X aquellas opciones que resulten positivas

1 <input type="checkbox"/> Enfermedades Congenitas	18 <input type="checkbox"/> Paperas	35 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre
2 <input type="checkbox"/> Traumatismos	19 <input type="checkbox"/> Sarampion	36 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios
3 <input type="checkbox"/> Operaciones	20 <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas	37 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vista
4 <input type="checkbox"/> Golpes Fuertes	21 <input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf del Hígado	38 <input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares
5 <input type="checkbox"/> Lesiones Articulares	22 <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales	39 <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas
6 <input type="checkbox"/> Fracturas- Esguinces	23 <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias	40 <input type="checkbox"/> Heridas
7 <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Huesos	24 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Genitales	41 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel
8 <input type="checkbox"/> Enfermedades Musculares	25 <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas	42 <input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas
9 <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	26 <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza - Mareos	43 <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas
10 <input type="checkbox"/> Artritis-Artrosis	27 <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia	44 <input type="checkbox"/> Psoriasis
11 <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	28 <input type="checkbox"/> Perdida de Conocimiento	45 <input type="checkbox"/> Consume Alcohol
12 <input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares	29 <input type="checkbox"/> Deshidratación	46 <input type="checkbox"/> Consume Tabaco
13 <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas	30 <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiatricas	47 <input type="checkbox"/> Enf de Transimision Sexual
14 <input type="checkbox"/> Asma	31 <input type="checkbox"/> Diabetes	48 <input type="checkbox"/> Recibió Transfuciones
15 <input type="checkbox"/> Neumonía	32 <input type="checkbox"/> Chagas	49 <input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis
16 <input type="checkbox"/> Varicela	33 <input type="checkbox"/> Soplos del Corazón	50 <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
17 <input type="checkbox"/> Rubeola	34 <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas	51 <input type="checkbox"/> Toma Medicacion

Es Alérgico a:

Calendario de Vacunacion completo

<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibioticos	52 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Completar al dorso dosis faltantes
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras	
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	
<input type="checkbox"/> Comidas		

Valoracion funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>

Dist entre el vertez y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluacion Clinica

53 <input type="checkbox"/> Cabeza y Cuello	57 <input type="checkbox"/> Boca y Faringue	61 <input type="checkbox"/> Abdomen
54 <input type="checkbox"/> Ojos	58 <input type="checkbox"/> Nariz y Pulmones	62 <input type="checkbox"/> Columna Vertebral
55 <input type="checkbox"/> Oídos	59 <input type="checkbox"/> Corazón	63 <input type="checkbox"/> Neurológico
56 <input type="checkbox"/> Toma Medicacion (especificar)	60 <input type="checkbox"/> Pulsos Periféricos	64 <input type="checkbox"/> Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI NO Cual? _____

¿Con que frecuencia? 1 2 3 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algun estudio complementario del mismo evaluador o tiene hecho alguno?
SI NO

¿Cuál? _____

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha

Certifico que el deportista, DNI.....ha sido examinado clinicamente y se encuentra apto para la realizacion de actividades competitivas quedando bajo mi responsabilidad el seguimiento clinico del mismo.
Autorizando la participacion en la competencia.
Adjuntar certificados medicos y libreta de salud.

Firma y aclaracion, DNI del
Madre Padre o tutor

Localidad, Fecha y Hora