FICHA DE SALUD E INSCRIPCION

Datos Personales del Deportista

Apellido: **Nombre:** **DNI:**
F.de Nacimiento **Edad:** **Sexo:**
Domicilio: **Telefono Particular:** **Celular:**
Localidad: **Institución:**
Nombre y Apellidos Madre, Padre: **Deporte:**

Ficha medica - Para ser completado por Medico

completar con una X aquellas opciones 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 Hígado	38	☐	Enfermedades Glandulares
5	☐	Lesiones Articulares	22	☐	Enfermedades Renales	39	☐	Intervenciones 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 de Conocimiento	45	☐	Consume Alcohol
12	☐	Enfermedades Articulares	29	☐	Deshidratación	46	☐	Consume Tabaco
13	☐	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	☐	Enfermedades Psiquiatricas	47	☐	Enf de Transimision Sexual
14	☐	Asma	31	☐	Diabetes	48	☐	Recibió Transfuciones
15	☐	Neumonía	32	☐	Chagas	49	☐	Recibió Hemodiálisis
16	☐	Varicela	33	☐	Soplos del Corazón	50	☐	Hipertensión Arterial
17	☐	Rubeola	34	☐	Enfermedades Cardíacas	51	☐	Toma Medicacion

Es Alérgico a:

☐	Polvo, Polen	☐	Antibioticos
☐	Medicamentos	☐	Picaduras
☐	Plumas	☐	Otros (Especificar)
☐	Comidas		

Calendario de Vacunacion completo

52 ☐ **SI**
☐ **NO**

Completar al dorso dosis faltantes

Valoracion funcional

Frecuencia Cardíaca Basal		Peso	
Frecuencia Respiratoria Basal		Altura	
Tensión Arterial Basal		Talla sentado	

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

Evaluacion Clinica

53	☐	Cabeza y Cuello	57	☐	Boca y Faringue	61	☐	Abdomen
54	☐	Ojos	58	☐	Nariz y Pulmones	62	☐	Columna Vertebral
55	☐	Oídos	59	☐	Corazón	63	☐	Neurológico
56	☐	Toma Medicacion (especificar)	60	☐	Pulsos Periféricos	64	☐	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.

Por la presente, cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita, incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

Firma y Sello Medico

Fecha

Buenos Aires Ciudad

Vamos Buenos Aires