



FICHA MEDICA

Datos personales:

Nombre y Apellido:..... D.N.I.:.....
 Fecha de Nacimiento: Día...../Mes...../Año:..... Edad:.....
 Domicilio:.....

En caso de urgencia avisar a:

Contacto 1: Nombre y Apellido:..... Relación/parentesco.....
 Domicilio:.....
 Teléfonos fijo o móvil:.....
Contacto 2: Nombre y Apellido:..... Relación/parentesco.....
 Domicilio:.....
 Teléfonos fijo o móvil:

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Obra Social:

SI - NO ¿Cuál?.....Posibles Traslados.....

Medicamentos:

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO
 ¿Por qué enfermedad lo toma?

Ficha de control médico:

Peso Talla IMC TA Grupo Sanguíneo

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

<i>Patologías / Antecedentes</i>	<i>¿Sí?</i>	<i>¿No?</i>	<i>¿Tiene Alguna restricción?</i>
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Asma – Bronquitis -			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Taquicardia			

Certifico que.....DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha.-

Deporte Actividad competitiva- Carreras Mayores a 5k – 10k

.....
 Firma

.....
 Sello

Fecha: Día/Mes...../Año.....