

FICHA MÉDICA



Apellido y Nombre:

DNI: Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad: País:

Tel./Cel: Tel./Cel Alternativo:

Grupo Sanguíneo: A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-

Altura: Peso:

Cobertura Médica: N° Afiliado:

Familiar referente: Teléfono:

ANTECEDENTES MÉDICOS (deberán ser completados por el médico junto con el paciente)

Fue operado alguna vez? SI NO Especifique

Toma regularmente alguna medicación? SI NO Especifique.

Estuvo internado en el último año? SI NO Especifique

Sufre hormigueos en las manos? SI NO Es diabético? SI NO

Es asmático? SI NO Tiene alergias? SI NO Especifique.

Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?. SI NO

Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicio físico? SI NO

Tuvo fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses? SI NO

Tiene dolores articulares? SI NO

Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicio físico o inmediatamente después de realizarlo?. SI NO

Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicio físico?. SI NO

Ha tenido traumatismo de cráneo c/pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses? SI NO

Le han detectado alguna vez presión arterial alta?. SI NO

Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca, diagnóstico de engrosamiento anormal del corazón o síndrome de Marfán?. SI NO

Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?. SI NO

Algún familiar suyo de menos de 65 años, tiene antecedentes de enfermedad coronaria incluyendo ataques

cardíacos, cirugías de by pass, angoplastia o angina? SI NO

Especifique

Es hipertenso, tiene colesterol alto, fuma? SI NO

Ha consumido alguna vez cocaína o esteroides? SI NO Especifique.

Declaro que la información suministrada es completa y verídica. La presente tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Firma

D.N.I.

Aclaración

Firma y sello médico

EXAMEN CLÍNICO CARDIOVASCULAR

Auscultación: R1: R2: Ruidos Agregados:

Soplos: Tensión Arterial: mm/hg:

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

Ritmo: Frecuencia: lpm: Eje QRS:

PQ: Arritmias: Trazado normal:

Observaciones:

Habiendo tomado conocimiento de los "antecedentes de enfermedad" consignados, realizados lo estudios precedentemente y efectuada la evaluación clínico/médica correspondiente el

Sr: DNI:

es APTO NO APTO para la práctica deportiva.

Lugar y Fecha

Firma y sello médico

CONSENTIMIENTO

El que suscribe.....DNI.....

Acepto participar de la competencia..... responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en la presente. Así mismo manifiesto con carácter de declaración jurada que me han sido realizado los estudios y prácticas médicas exigidas en la presente y que el informe de los mismos obran en mi poder, comprometiéndome a presentarlos cuando me sean requeridos por autoridades médicas designadas por la organización.

Lugar y Fecha

Firma del Participante