



## FICHA MÉDICA (Anamnesis)

Apellido y nombre:

Fecha de nacimiento: //

Domicilio:

Localidad:

Teléfono 1:

DNI:

Edad:

N°:

Provincia:

Teléfono 2:

Sexo:

Piso Dpto

CP:

Correo electrónico:

**La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.**

### ANTECEDENTES PERSONALES. Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por el padre, la madre o el responsable legal.

En caso que el adolescente concurra solo a la consulta podrá completarla él mismo si conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Diabetes			Alergias		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor fuerte en el pecho Mayor cansancio que sus compañeros Palpitaciones Dificultad para espirar durante o después de la actividad física			Medicación habitual		
			Alergia a algún medicamento		
			Consume vitaminas		
			Problemas de piel		
			Usa anteojos		
Vacunación completa					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas)

### Antecedentes familiares

Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Problemas cardíacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		

### Observaciones:

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Fecha:

Firma del padre, la madre  
o el responsable legal

Firma del adolescente  
(14 a 18 años)

.....  
Aclaración:

.....  
Aclaración:



## EXAMEN FÍSICO

### Anamnesis personalizada:

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos:

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho:

Mayor cansancio que sus compañeros:

Palpitaciones:

Dificultad para espirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes, suplementos:

Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias:

Peso:	Pc ( )	Talla:	Pc ( )	IMC:	Pc ( )
<b>Examen bucodental:</b>	Caries: sí/no		Ortodoncia fija: sí/n Oclusión dental:		
<b>Examen visual:</b>	OD:	Ol:	Pupilas: Visión cromática:		
<b>Examen cardiovascular</b>	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc ( ) Pulsos humerales: Pulsos femorales:				
<b>Examen respiratorio</b>	Inspección:		Auscultación:		
<b>Examen abdominogenital</b>	Inspección:		Palpación:		
<b>Examen músculo esquelético</b>	Actitud	Postura	Asimetrías		
	Movilidad articular	Cuello	Tronco		
	Apoyo plantar	Extremidades superiores	Extremidades inferiores		
<b>Evaluación madurativa</b>	Estadio Tanner:	Menarca:	Ritmo menstrual:		

Observaciones: (detallar hallazgos)

Indicaciones:

Lugar y fecha:

.....  
Firma y sello del médico

Aclaración:

N° de matrícula: