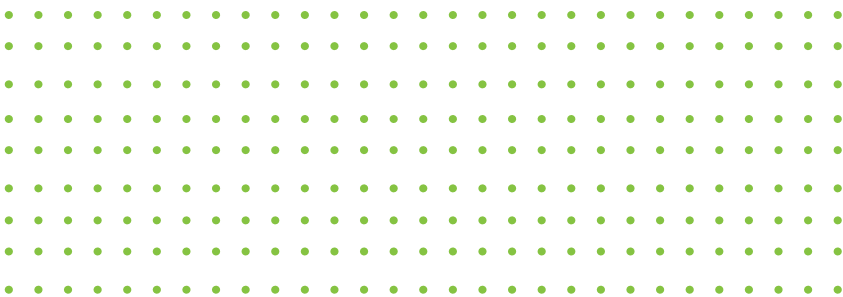


FICHA MÉDICA  
EMPLEADO PÚBLICO



DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento: ..../../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:		Nº Afiliado:
Domicilio:		Tel. de Contacto:

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO							
HISTORIA CLÍNICA (*)							
MARCAR CON UNA X AQUELLAS OPCIONES QUE RESULTEN POSITIVAS.							
1		Enfermedades Congénitas	18		Paperas		
2		Traumatismos	19		Sarampión		
3		Operaciones	20		Enfermedades Digestivas		
4		Golpes Fuertes	21		Hepatitis - Enf. del Hígado		
5		Lesiones Articulares	22		Enfermedades Renales		
6		Fracturas - Esguinces	23		Infecciones Urinarias		
7		Enfermedades de los Huesos	24		Enfermedades de Genitales		
8		Enfermedades Musculares	25		Enfermedades Neurológicas		
9		Fiebre Reumática	26		Dolores de Cabeza - Mareos		
10		Artritis - Artrosis	27		Convulsiones - Epilepsia		
11		Enfermedades Respiratorias	28		Pérdida de Conocimiento		
12		Enfermedades Articulares	29		Deshidratación		
13		Sinusitis - Otitis - Anginas	30		Enfermedades Psiquiátricas		
14		Asma	31		Diabetes		
15		Neumonía - Bronconeumonía	32		Chagas		
16		Varicela	33		Soplos del Corazón		
17		Rubeola	34		Enfermedades Cardíacas		
					35		Enfermedades de la Sangre
					36		Enfermedades de Ganglios
					37		Enfermedades de la Vista
					38		Enfermedades Glandulares
					39		Intervenciones Quirúrgicas
					40		Heridas
					41		Enfermedades de la Piel
					42		Enfermedades Auditivas
					43		Infecciones Crónicas
					44		Psoriasis
					45		Consume Alcohol
					46		Consume Tabaco
					47		Enf. de Transmisión Sexual
					48		Recibió Transfusiones
					49		Recibió Hemodiálisis
					50		Hipertensión Arterial
					51		Toma Medicación

Es Alérgico a:		Calendario de Vacunación Completo	
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos	52	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos	Completar al dorso dosis faltantes	
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)		
<input type="checkbox"/> Comidas	.....		
Valoración Funcional		E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)	
Frecuencia Cardíaca Basal			
Frecuencia Respiratoria Basal			
Tensión Arterial Basal			
		Peso	
		Altura	
		Talla Sentado	
		Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto	

Evaluación Clínica (*)					
53		Cabeza y Cuello	57		Boca y Faringe
54		Ojos	58		Nariz y Pulmones
55		Oídos	59		Corazón
56		Toma Medicación (Especificar)	60		Pulsos Periféricos
			61		Abdomen
			62		Columna Vertebral
			63		Neurológico
			64		Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI ☐ No ☐ ¿Cuál' \_\_\_\_\_

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

¿Se realizo algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI ☐ No ☐

¿Cuál? ECG ☐ Ergometria ☐ TAC ☐ RMN ☐ Estudios de laboratorio ☐

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica queda en \_\_\_\_\_, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

(\*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción