

FICHA MEDICA DEPORTIVA



IDENTIFICACIÓN

(Por favor diligenciar esta información antes de asistir al Servicio Médico)

FECHA DILIGENCIAMIENTO:

N° DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

APELLIDOS:

NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa):

EDAD:

GENERO (masculino / femenino):

ESTADO CIVIL:

PROGRAMA / DEPENDENCIA A LA PERTENECE:

DIRECCIÓN:

TELEFONO / CELULAR:

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (EPS / MEDICINA PREPAGADA):

NOMBRE ACUDIENTE:

TELEFONO DE CONTACTO ACUDIENTE (CELULAR):

CONCEPTO MÉDICO

(Esta información será diligenciada únicamente por el médico en consulta. Solicite una cita en Bienestar Universitario)

RESULTADO FINAL:

APTO

APTO CON RESTRICCIONES MÉDICAS:

APLAZADO

NO APTO

ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES:

SIGNOS VITALES:

TENSION ARTERIAL

FRECUENCIA CARDIACA

FRECUENCIA RESPIRATORIA

PULSOXIMETRIA

TALLA

PESO

FIRMA Y SELLO MÉDICO: